

T.C.

İstanbul Üniversitesi  
Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Psikoloji Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Obez Kadınlarda Tıkınırcasına Yeme  
Bozukluğunun Bilişsel Kurama Göre İncelenmesi

Zeliha Babayiğit

2502960063

Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Güler Bahadır

İstanbul 2007

Yaşama sevincim olan İdil ve Emre'ye...

## **OBEZ KADINLARDA TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞUNUN BİLİŞSEL KURAMA GÖRE İNCELENMESİ**

### **ÖZ**

Genel olarak vücutta aşırı yağ birikimi olarak bilinen obezite gittikçe daha fazla insanı tehdit eden bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir. Medya ve toplumlar kişileri, özellikle de kadınları gittikçe daha zayıf olmaya zorlarken şişman olanlar çeşitli önyargı ve ayrımcılıkla karşı karşıya kalmaktadır. Obezitenin psikolojik yönüyle ilgili çalışmaların bir kısmı obez kişilerin depresyon ve psikopatoloji açısından normal kilodaki insanlardan farklı olmadığını söylerken, bir kısmı böyle bir farkın bulunduğunu bildirmektedir. Bazılarına göre bu farkı yaratan şey obez kişilerdeki tıkinircasına yeme bozukluğudur.

Bu çalışmadaki amacımız kilo verme programına katılan obez kişileri tıkinircasına yeme bozukluğu olan ve olmayan şekilde ayırıp iki grup arasındaki farkları bilişsel kurama göre incelemektir. Bu amaçla İ.Ü. Tıp Fakültesi Şişmanlık Polikliniğine başvuran 93 obez hasta ve 43 kişilik normal kontrol grubu olmak üzere toplam 136 kişiyle görüşülmüştür. Bu 136 kişi Yeme ve Kilo Özelliklerini Değerlendirme Ölçeğine göre değerlendirilip Tıkinircasına Yeme Bozukluğu (TYB) grubu (n=26), ara sıra tıkinircasına yiyen, ama TYB'nin bütün ölçütlerine uymayan TY grubu (n=17), tıkinircasına yemeyen obez (TYO) grubu (n=50) ve kontrol grubu (n=43) olarak dörde ayrılmıştır. Oluşturulan dört gruba Anket Formu, Yeme Tutumu Testi, Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği, Vücut Algısı Ölçeği, Edinburgh Bulimia Araştırma Testi, Otomatik Düşünceler Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Beck Depresyon Envanteri ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği verilmiştir.

Yapılan istatistiksel değerlendirmeler sonucunda TYB grubunun Otomatik Düşünceler, Bilişsel Çarpıtmalar, Fonksiyonel Olmayan Düşünceler testlerinde TYO grubundan anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Beden imajından hoşnut olma derecesi TYB grubunda TYO'dan düşüktü. Kısa Semptom Envanteriyle ölçülen psikopatoloji TYB grubunda TYO'dan yüksektir. Depresyon, TYB grubunda TYO'dan yüksek bulunmuştur. Yeme Tutumu Testiyle ölçülen yeme tutumları TYB ve TYO gruplarında birbirinden farklı değildir, BITE'a göre iki grup arasında anlamlı derecede fark bulunmaktadır.

Sonuç olarak tedavi için başvuran obez kişiler arasında bulunan tıknırcasına yeme bozukluğu alt grubu, bilişsel yapı ve psikopatoloji açısından tıknırcasına yemeyen obez grubundan farklı olduğu söylenebilir. Kilo kaybetme tedavisi verilirken bu durumun göz önünde bulundurulması tedavi açısından faydalı olabilir diye düşünüyoruz.

## **ABSTRACT**

### **A COGNITIVE BEHAVIORAL INVESTIGATION OF OBESE WOMEN WITH BINGE EATING DISORDER**

As the rate of obesity increases it becomes a more pressing concern for the public health sector. Obese people face stigmatization and prejudice as media and society pressure people, especially women, to become thinner and thinner. Previous studies suggest that obese people are no different in depression and psychopathology than normal weight people, whereas other research concludes that there are differences between the two groups. Some investigators suggest that the discrepancy in these findings is due to binge eating disorder seen in almost one third of the obese population. The current study aims to investigate this hypothesis

Individuals applying for obesity treatment were divided according to whether or not they displayed binge eating disorder (BED). Differences between the two groups were investigated using cognitive behavioral theory. The investigation studied a total of 136 people, 93 of whom were obese and had applied to the I.U. Medical Faculty Obesity Department, and 43 people of normal weight. The 93 obese subjects were then further divided according to binge eating behaviors using the Questionnaire on Eating and Weight Patterns- Revised. Those having BED (n=26), those who binged once in a while but did not meet all the criteria for binge eating disorder (BE) (n=17), those who did not binge (nBED) (n=50). These 4 groups were asked to complete a Sociodemographic Questionnaire, Eating Attitudes Test, Cognitive Distortions Test, Body Cathexis Scale, Bulimia Investigatory Test of Edinburgh, Automatic Thoughts Scale, Brief Symptom Inventory, Beck Depression Inventory and Dysfunctional Attitudes Test.

Statistical analyses showed that the BED group scored high on the Automatic Thoughts Scale, Cognitive Distortions Scale, Brief Symptom Inventory and

Dysfunctional Attitudes Test. The BED group also scored lower on the Body Cathexis Scale, indicating that they were less happy with their body image. Furthermore psychopathology and depression in the BED group was higher than the other groups. Eating attitudes measured by Eating Attitudes Test were not different between the two groups, but according to BITE there were significant differences.

As a result it was concluded that binge eating obese people are different than non-binge eating obese in cognitive styles and psychopathology and it is the recommendation of this study that these results are considered before obesity treatment is given.

## ÖNSÖZ

Bu uzun ve sancılı tez sürecini benimle birlikte yaşayan sevgili tez danışmanım Prof. Dr. Güler BAHADIR sonsuz sabrı ve moral gücüyle bana sürekli motivasyon sağladı. Geniş hoşgörüsü, insancılığı ve bitmek bilmez desteğiyle her zaman yanımda olduğunu hissettirdi. Kendisine teşekkürü bir borç bilirim.

Bir kişi olmasaydı bu tez olmazdı: Doç. Ayşe AYÇIÇEĞİ-DINN. Sevgili dostum, sıra arkadaşım, meslektaşım bu tez için hiçbir yardımı esirgemedi. Değerli fikirleri, istatistik bilgisi, akademik disiplini, çalışma azmi, hırsı, güçlüklerle karşı ayakta durma becerisiyle bana ihtiyaç duyduğum bütün desteği verdi. Daha fazlasını söyleyebilmiş olmayı dileyerek kendisine sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Veri toplama sırasında bana kapılarını ve bütün literatürünü açan, her türlü desteği ve yardımı sağlayan, engin hayat deneyimiyle çalışmamıza keyif katan, sayesinde kullandığım dile daha fazla özen göstermeye çalıştığım değerli hocam Prof. Dr. Yusuf ORHAN'a minnettarım.

Güven ve destek veren tarzı, engelleyici olmayıp harekete geçirici tavırlarıyla tezimin başından beri bana yol gösteren tez komite üyem Yrd. Doç. Dr. Yeşim KORKUT'a yürekten teşekkür ederim.

Bölüm Başkanımız Prof. Dr. Sibel ARKONAÇ'a ve üzerimde emeği olan bütün hocalarıma teşekkür ederim.

Hiç tanışmamış olmamıza rağmen tezimin başından beri her türlü soruma sabırla ve anlayışla (ve e-maile) yanıt veren, bilgisini paylaşmaktan kaçınmayan, istediğim bilgileri göndermek için değerli zamanını ayıran Doç. Dr. Erdal VARDAR'a müteşekkirim.

Senelerdir desteğini gördüğüm, hoşgrl ve yapıcı yaklaşımıyla bana gç veren Dr. Murat DOKUR'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Değerli fikirleri, olumlu tavırları ve yol gösterici yaklaşımıyla hiçbir yardımdan kaçınmayan çalışma arkadaşım Malcolm ROSSITER'a teşekkür ederim.

Kendime güven kazanmamı sağlayan, her zaman teşvik eden, yol gösteren, eğlendiren, öğreten dostlarım Uzm. Psikolog Serpil KARAKAY'a, Uzm. Psikolog Gaye ÇAKIRGİL'e ve Dr. Nilüfer ALÇALAR'a gönül dolusu teşekkürlerimi sunarım.

Zaman ayırıp araştırmaya katılan herkese teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan, maddi manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili annem Emine İYİDOĞAN'a, babam Mehmet İYİDOĞAN'a ve farklı bakış ağısıyla hayatıma renk katan ağabeyim İlker İYİDOĞAN'a minnettarım.

Çalışmalarımda bana güç verip destek olan, tezimin her aşamasında emeği bulunan sevgili eşim Yunus BABAYİĞİT'e çok teşekkür ediyorum.

Son olarak, anlayışlı bir şekilde bana çalışma fırsatı tanıyan ve sabırla tezimin bitmesini bekleyen hayattaki en değerli iki varlığım biricik oğlum Emre'ye ve sevgili kızım İdil'e de sonsuz teşekkürler.



## İÇİNDEKİLER

ÖZ

ABSTRACT

ÖNSÖZ

İÇİNDEKİLER

TABLolar

KISALTMALAR LİSTESİ

<b>GİRİŞ</b>	1
<b>1. OBEZİTE</b>	4
1.1. Tanımı	4
1.2. Obezitenin Görülme Sıklığı	4
1.3. Obezitenin Sonuçları	5
1.4. Obezitenin Etiyolojisi	5
1.4.1. Obezitenin Etiyolojisiyle İlgili Kuramsal Açıklamalar	6
1.4.1.1. Psikanalitik Model	6
1.4.1.2. Davranışçı Model	7
1.4.1.3. Bilişsel Davranışçı Model	9
1.4.1.3.1. Obez Bireylerdeki Bilişsel Süreçler	12
1.5. Obezitenin Psikososyal Yönü	14
1.5.1. Damgalanma ve Ayrımcılık	14
1.6. Obezite ve Psikopatoloji	15
1.6.1. Genel Popülasyondaki Obezite Çalışmaları	16
1.6.2. Klinik Popülasyonda Yapılan Obezite Çalışmaları	18
1.6.2.1. Cinsiyet	20
1.6.2.2. Aşırı Obezite	22
1.6.2.3. Beden İmajı Problemleri	24
1.6.2.4. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	26

1.7. Obezitenin Tedavisi	27
<b>2. TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU</b>	<b>28</b>
2.1. Tanımı	28
2.2. Tanı Ölçütleri ve Sınıflandırılması	28
2.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Görülme Sıklığı	30
2.4. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Etiyolojisi	33
2.5. Genetik Faktörler	35
2.6. Irksal/Etnik Etkiler	35
2.7. Mizaç ve Karakter	35
2.8. Diğer Risk Faktörleri	36
2.9. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Özellikleri	36
2.9.1. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Bulunduğu ve Bulunmadığı Obezite	37
2.9.2. Bulimiya Nervosa ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	38
2.10. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Seyri	40
2.11. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunu Açıklamaya Yönelik Modeller	41
2.11.1. Psikodinamik Model	41
2.11.2. Davranışçı Model	43
2.11.3. Bilişsel Davranışçı Modeller	43
2.11.4. Fairburn'ün Bilişsel Davranışçı Modeli	47
2.11.5. Yeme Bozukluğu Nasıl Gelişir?	50
2.12. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu ve Psikopatoloji	52
2.13. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunda Tedavi	53
2.13.1. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunda Psikoterapi	53
2.13.2. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunda İlaç Tedavisi	55
<b>3. PROBLEM VE HİPOTEZLER</b>	<b>56</b>
<b>4. YÖNTEM</b>	<b>58</b>
4.1. Örneklem	58
4.1.1. Araştırma Grubu	58
4.1.2. Kontrol Grubu	58
4.2. Araçlar	60

4.2.1. Sosyodemografik Anket Formu	60
4.2.2. Yeme ve Kilo Özelliklerini Değerlendirme Ölçeği-Yenilenmiş (YKÖDÖ-Y)	61
4.2.3. Yeme Tutumu Testi (YTT)	62
4.2.4. Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği (BÇÖ)	62
4.2.5. Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ)	63
4.2.6. Edinburgh Bulimiya Araştırma Anketi (BITE)	63
4.2.7. Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ)	64
4.2.8. Kısa Semptom Envanteri (KSE)	65
4.2.9. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	68
4.2.10. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ)	69
4.3. İşlem	70
4.4. İstatistiksel Yöntemler	71
<b>5. BULGULAR</b>	72
5.1. Demografik Bulgular	72
5.2. Ölçeklerden Alınan Puanlarla İlgili Bulgular	75
5.3. Sosyodemografik Anket Formu Sonuçları	90
<b>6. TARTIŞMA</b>	93
<b>KAYNAKÇA</b>	109
<b>EKLER</b>	140
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	167

## TABLÖLAR

Tablo 1: Grupların Yüzde Dağılımları

Tablo 2. Dört Araştırma Grubunun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımları

Tablo 3. Grupların kilo ve BKİ ortalama ve standart sapmaları

Tablo 4: Araştırma ve Kontrol Gruplarının Ölçeklerden Aldığı Puanların

Karşılaştırması

Tablo 5. Grupların YTT ve BITE Sonuçları

Tablo 6. Sosyodemografik Anket Formu Sonuçları

## ŞEKİLLER

Şekil 1. Bilişsel Kuramın Şematik Temsili

## KISALTMALAR LİSTESİ

TYB: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Grubu

TY : Tıkınırcasına Yeme Grubu

TYO: Tıkınırcasına Yemeyen Obez Grubu

BN: Bulimiya Nervosa

AN: Anoreksiya Nervosa

ODÖ: Otomatik Düşünceler Ölçeği

FOTÖ: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği

VAÖ: Vücut Algısı Ölçeği

BITE: Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (Bulimik Araştırma Ölçeği)

BDE: Beck Depresyon Envanteri

YTT: Yeme Tutumu Testi

BÇÖ: Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği

KSE: Kısa Semptom Envanteri

Som.: Somatizasyon

Ob.-kom.: Obsesif kompulsif

KD: Kişiler arası Duyarlılık

Dep.: Depresyon

A.boz.: Anksiyete bozukluğu

Hos.: Hostilite

F.A.: Fobik Anksiyete

Pa.Dü.: Paranoid Düşünceler

Psi.: Psikotizm

Ek mad.: Ek maddeler

R.C.İ.: Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi

B.T.İ.: Belirti Toplam İndeksi

S.R.İ.: Semptom Rahatsızlık İndeksi

## GİRİŞ

Obeziteyle psikolojik sorunlar arasındaki ilişki, araştırmacılar ve klinisyenler tarafından tartışılmaya devam etmektedir. Psikopatolojik özelliklerle yeme bozuklukları arasındaki bağ, uluslararası literatürde geniş yer bulmakta, bununla birlikte obeziteyle ilgili çalışmalara bakıldığında obez kişilerin özellikleriyle ilgili çalışmaların çelişkili sonuçlar verdiği görülmektedir (Molinari ve Ragazzoni, 1997).

Bu durum zaman zaman araştırma yöntemlerindeki eksikliklere bağlanmış, ancak bu eksikliklerin giderilmesi de sonuçta bir fark yaratmamıştır.

Çok sayıda araştırmacı obez kişilerde, emosyonel bozukluklar, duygusal olgunlaşmamışlık, kişilik bozuklukları ve sosyal uyum veya işlev bozukluğu bulgularını ifade etmiştir. Bazı çalışmalarda, obez kişilerle normal kiloda olanlar arasında ciddi psikopatolojik bozukluklar bakımından anlamlı farklar olmadığını göstermiştir (Molinari ve Ragazzoni, 1997). Friedman'a (2002) göre, obez kişilerle yapılan çalışmalar, obezlerin, psikolojik semptomlar, psikopatoloji veya genel olarak kişilik özellikleri bakımından obez olmayanlardan farklı olmadıklarını göstermektedir.

Bu çelişkili bulgular tutarsız bir durumu işaret etmektedir, yani obez olmanın etkisi kişiden kişiye değişmektedir. Obezite, bazı kişiler için ciddi psikososyal problemlere yol açarken, bazılarında hafif bir etki meydana getirmekte, bazılarında hiç sorun yaratmamaktadır (Friedman ve Brownell, 1995). Bu açıdan bakıldığında obez kişilerin, psikopatoloji ve çeşitli psikososyal özellikler bakımından farklılıklar gösteren heterojen bir grup olduğu söylenebilir (Molinari ve Ragazzoni, 1997). Bu durumda da obez olmanın etkilerinin kişiden kişiye nasıl değiştiğinin ve bu değişikliklere hangi etmenlerin yol açtığının belirlenmesi gereklidir.

Obez kişilerin belirgin yeme tarzları olduğuna dair (örneğin hızlı yemek yeme ya da iri lokmalar halinde yeme) çok az bulgu mevcuttur. Bu tür bulguların eksikliğine dayanan Stunkard (1982), obez olanların ve olmayanların yeme tutumları

**Biçimlendirilmiş:** Sol: 113,4 nk, Sağ: 70,9 nk, Üst: 113,4 nk, Alt: 70,9 nk, Üstbilginin kenara uzaklığı: 35,45 nk, Altbilginin kenara uzaklığı: 35,45 nk

**Silinmiş:** ¶

**Silinmiş:** ¶

¶ T.C.¶

¶ İstanbul Üniversitesi¶

¶ Sosyal Bilimler Enstitüsü¶

¶ Psikoloji Anabilim Dalı¶

¶

¶

¶ Doktora Tezi¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

arasında çok az fark olduğu sonucuna varmıştır. Ancak bu sonuca hastanelerde ve üniversite kilo kontrol programlarında tedavi gören obez bireylerin % 25 ilâ % 45'inin tıknırcasına yeme problemleri olduğunu bildiren bazı çalışmalarla karşı çıkmıştır (Marcus, Wing ve Lamparski, 1985).

Tıknırcasına yeme bozukluğu, DSM-IV'te tanımlanmış olup önemli bir klinik problem olarak kabul edilmektedir (Wilfley ve ark., 1993). Tedavi arayışındaki obez bireylerin yaklaşık %23 ilâ %55'inde tıknırcasına yeme olgusu bildirilmektedir (Wilfley ve ark., 1993). Tıknırcasına yiyen kişiler, çok kısa süre içinde çok fazla yiyecek tükettiklerini ve yemeyi durduramadıklarını, yani kontrolü kaybettiklerini ifade etmektedirler. Tıknırcasına yiyen obezler yediklerini kusarak, müşil kullanarak veya aşırı egzersizlerle telafi etmezler, bu da onları bulimia nervosadan ayırır (Brownell, 1992).

Obezitedeki psikopatolojinin ortaya konabilmesi için tıknırcasına yeme ve artan psikopatoloji arasındaki ilişkinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu açıdan bakıldığında obez popülasyonun içinde yer alan tıknırcasına yiyenler alt grubunun kabulü, obezite çalışmalarında önemli bir gelişmedir.

Obezitenin heterojen bir tablo olduğu gerçeği atlanırsa bazı obezlerde diyet tedavisi etkisiz kalabilir (Özbey ve ark., 1999). Bu nedenle obezite tedavi edilmeye çalışılırken yalnızca rejim ve egzersiz uygulamaları vermek yerine belki de önce bu tıknırcasına yeme özelliğinin bulunup bulunmadığının tespit edilmesi ve gerekli psikolojik tedavilerin uygulanması gerekmektedir.

Daha önce ifade edildiği gibi obez insanların belirgin bir yüzdesinde tıknırcasına yeme özelliği bulunmakta ve bu da kilo vermede olumsuz prognostik tabloya neden olabilmektedir. Tıknırcasına yiyen grubun psikolojik tedavisinin kilo kaybetme programından önce mi yoksa aynı anda mı yapılması gerektiğini belirlemek için araştırmalara gerek vardır.

Tıkınırcasına yeme davranışı ve tıkınırcasına yeme bozukluğuyla ilgili sistematik çalışmaların başlamasından bu yana yirmi yıldan fazla geçmiş olsa da ancak yakın dönemde yapılan çalışmalar tıkınırcasına yeme bozukluğuyla depresyon, beden imajı bozuklukları ve bilişsel rahatsızlıklar arasında bir bağ kurmaktadır (Powers ve ark., 1997).

Obezite ülkemiz için de önemli bir sorun alanı olmasına karşın tıkınırcasına yeme bozukluğuna ait fazla veri bulunmamaktadır. Bu konunun Türkiye için yeni ve önemli bir alan olduğunu düşünüyoruz. Obezite tedavisinin geliştirilmesi açısından bu alt grubun özelliklerinin belirlenmesinin önemi vardır.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi  
rengi: Otomatik

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi  
rengi: Otomatik

Tüm bu bilgilerin ışığı altında bu çalışmada, obez hastaların tıkınırcasına yeme bozukluğundan etkilenip etkilenmediğini araştırılmaktadır. Amacı tıkınırcasına yeme bozukluğu olan obez kadınlarla tıkınırcasına yemeyen obez kadınları ayırıp bilişsel kuram ve psikopatoloji açısından incelemektir.

**Silinmiş:** ¶

▲

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

▼

**Silinmiş:** ¶



## 1- OBEZİTE

### 1.1. Tanımı

Obezite genellikle vücutta anormal derecede fazla yağ dokusunun bulunması olarak tarif edilir (Friedman ve ark., 1995). Aşırı durumlarda görsel olarak kolayca tanımlanabilir. “Aşırı kilo” ve “obezite” terimleri bilimsel literatürde ve günlük dilde birbirinin yerine kullanılsa da bu iki kavram farklıdır. “Aşırı kilo” boyuna ve yaşına göre standarttan daha kilolu olanları belirtir, “obezite” ise aşırı vücut yağını ifade eder (Field ve ark. 2003).

Beden Kitle İndeksi (BKİ), şişmanlığın tanımlanmasında en yaygın olarak kullanılan yöntemdir. Klinik çalışmalarda ve epidemiyolojik araştırmalarda kullanım kolaylığı açısından tercih edilmektedir. Hesaplama şekli şöyle ifade edilebilir:

$$BKİ = \text{vücut ağırlığı (kg)} / \text{boy (m)}^2$$

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı sınıflamaya göre BKİ şu şekilde değerlendirilir:

BKİ	18.5'un altında	zayıf
	18.5 - 24.9	normal kilo
	25.0 - 29.9	fazla kilo
	30.0 - 39.9	obez
	40.0'in üstünde	morbid obez

### 1. 2. Obezitenin Görülme Sıklığı

Amerika Birleşik Devletlerindeki obezite oranı 1980'de % 15 iken 2000'li yıllarda % 30'a çıkmıştır (Flegal ve ark., 2002). Bu oran Avrupa ülkelerinde kadınlarda % 10-25, erkeklerde % 10-20 arasındadır. Ülkemizdeki obezite prevalansına ilişkin en geniş kapsamlı araştırma Türk Kalp Vakfı tarafından 1991

Silinmiş: 1

1  
1  
1  
1  
1  
1  
1  
1  
1  
1  
1

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Silinmiş:** :

yılında yapılan Türkiye Erişkinlerde Kalp Hastalığı Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasıdır. Bu çalışmanın bir bölümü olarak yürütülen obezite taramasında prevalans kadınlarda % 28.5, erkeklerde % 9 olarak bulunmuştur; 1995 yılında yapılan takip çalışmasında 25-44 yaş grubundaki kadınlarda ve 25-35 yaş grubundaki erkeklerde BKİ'nin önemli ölçüde artış gösterdiği saptanmıştır (Onat ve ark., 1995).

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

### 1.3. Obezitenin Sonuçları

Obezite ve fazla kilo, erişkinlerde kardiyovasküler hastalıklar, bazı kanserler, diyabet ve mortalite için risk faktörüdür. Aşırı kilo birçok kronik hastalığı da şiddetlendirir. Hipertansiyon, osteoartrit, safra taşları, kas ve iskelet problemleri bunların arasında bulunur (Field ve ark., 2003).

Ancak obezitenin yan etkileri yalnızca tıbbi değildir. Obez kişiler aynı zamanda sosyal damgalanma ve ayrımcılık da yaşarlar. Obeziteye yönelik olumsuz tutumlar, işe girmeye, ev tutmaya veya evlenmeye çalışan kişilere karşı gözle görülen dezavantajlara yol açar (Bellace, 2005).

**Silinmiş:** ¶

### 1.4. Obezitenin Etiyolojisi

Obezite çok faktörlü bir hastalıktır. Nedeni tam olarak bilinmese de genetik ve çevresel etkenlerin büyük rol oynadığı ifade edilmektedir. Fazla enerji alımı, alınandan eksik enerji harcama, endokrin bozukluklar, bazı ilaçların kullanımı, genetik yatkınlık, stres, düşük sosyoekonomik düzey ve cinsiyet bu etkenler arasında sayılabilir.

Metabolizmanın çalışması konusunda genetik farklılıklar var olsa da, düşük metabolik hızın obezitenin gelişiminde ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynadığına dair kanıtlar çok yetersizdir (Devlin ve ark., 2000). Genetik etkinin önemli olmasına rağmen vücut kilosundaki büyük çeşitlilik yalnızca genetik mekanizmalarla açıklanamaz. Genetik olarak belirlenen bu tercihler, çevresel faktörlerle birleşip yeme örüntülerini oluşturmaktadır (Booth, 1994; Wadden ve Brownell, 1992).

**Silinmiş:** &

Sonuç olarak obezite tek bir şekilde açıklanamayan, tıbbi, sosyal ve psikolojik pek çok komplikasyonu olan karmaşık bir sağlık sorunudur. Obezitenin sağlık üzerindeki olumsuz etkisine rağmen Amerika'daki ve diğer ülkelerdeki insanların şişmanlamaya devam ettiği gözlenmektedir. Obezitenin tamamen insan iradesine bağlı bir sorun olarak görülmeyip, tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak ele alınması ve bu tedavi sırasında obezitenin karmaşık yapısının göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Silinmiş: 1

#### 1.4.1.Obezitenin Etiyolojisiyle İlgili Kuramsal Açıklamalar

##### 1.4.1.1.Psikanalitik Model

Silinmiş: Perspektif

Obezler arasında aşırı yemeyi açıklamaya çalışan ilk kuramlar psikanalitik kurama dayanmaktadır ve 1950'lerde ortaya çıkmaya başlamıştır (Hamburger, 1951). Hilde Bruch, obezitenin psikolojisini tarif eden kişiler içinde en tanınmışlarıdır. Bruch'a göre aşırı yemenin kökeni hastanın hayatındaki ilk yıllara dayanmaktadır. Beslenmek bebeğin ilk haz ve gerilimi azaltma kaynağıdır. Ayrıca ilk kişiler arası deneyimi ve dünyayla ilk iletişimidir. Yiyecek, anne ilgisi ve sevgisi; açlığın giderilmesi ise iyi ve güvende olma duygusuyla ilişkili hale gelir (Bruch, 1952; Bruch, 1961). Bu yüzden yiyecek ve yemek yeme, kişinin daha sonraki hayatında temel psikolojik öneme sahip olabilir (Elfhag, 2003).

Silinmiş: ;

Psikanalitik kuram, en etkili olduğu 1950'lerde obezitenin temel kişilik probleminin bir temsili olduğu görüşünü savunuyordu (Stunkard, 1988). Bir analistin belirttiği gibi obezite, kişinin insan ilişkilerindeki, hatta kendisiyle ilişkisindeki zorluklarla baş etmesinin bir yoludur. Aşırı yeme kişinin başka türlü çözümünü ya da ifadesini bulamadığı bilinç dışı çatışmaları davranışla ortaya koyma yolu haline gelir (Becker, 1960). İlk kuramcılar obez bireylerin oral çatışmalarını dile getirirken, daha sonraki araştırmacılar aşırı yemeyi depresyon ve diğer olumsuz duygularla başa çıkma aracı olarak kavramsallaştırmıştır (Kornhaber, 1970).

Silinmiş: "K

Silinmiş: r...

Silinmiş: ;"

Silinmiş: iyordu

Geleneksel psikanalitik düşünceye göre aşırı yeme ve neden olduğu obezite, gelişimin oral aşamasında bebeğin temel gereksinimlerinin yeterince tatmin edilmemesiyle meydana gelen derin bir bağımlılık duygusunun sonucudur (Bychowski, 1950). Obez kişiler kilo alma eğilimlerini, sıkıntı, öfke, depresyon ve yalnızlık zamanlarında rahatlamak için yiyeceklere yönelmelerine bağlayabilirler.

Obeziteyle ilgili psikanalitik görüşü destekleyecek az sayıda araştırma bulunmaktadır ve bunlar da çeşitli şekillerde yorumlanmaktadır. Örneğin, bazı çalışmalarda obez bireylerin depresyon ve anksiyete puanlarının obez olmayan bireylerden düşük oluşu, aşırı yemenin bu duygulara karşı bir savunma oluşturduğunun kanıtı olarak görülmüştür. Bu hipotez doğru olsaydı obez bireylerin diyet yaparken depresif veya anksiyeteli olmaları beklenirdi. Ancak obez kişiler diyet yapıp kilo kaybederken psikolojik durumlarında genellikle bir iyileşme görül~~mektedir~~ (Smoller ve ark., 1987). Ayrıca kısıtlama kuramcılarının öne sürdüğü gibi obez kişilerin emosyonel strese tepki olarak aşırı yemelerinin nedeni, olumsuz duygularının yiyecek alımlarını kontrol etme yeteneklerini bozması olabilirdi (Stunkard ve ark., 1990).

**Silinmiş:** üyordu

#### 1.4.1.2. Davranışçı **Model**

Ferster ve arkadaşlarına göre obezitenin davranışçı tedavileri 1960'lerden beri sahaya hâkimdir (Shafran ve ark., 2003). 1960 ve 1970'lerde davranış terapistleri, psikanalitik görüşün tersine obezitenin öğrenilmiş bir bozukluk olduğunu, uygun olmayan yeme alışkanlıklarının koşullanma ilkelerinden kaynaklandığını ve bunlara yanıt verdiğini öne sürmüşlerdir (Foster ve ark., 1994). Davranışçı modeller obezitenin, 1) pekiştirilen ve aşırı yemeye neden olan uygunsuz yeme alışkanlıklarından ve 2) öğrenme teorisinin ilkelerine göre yine pekiştirici özelliği olan egzersiz yokluğundan kaynaklandığını savunmaktadır (Bray ve ark., 1998; Wilson, 1993, Shafran ve ark., 2003). Stuart'ın sekiz hastayı davranışçı yöntemlerle oldukça başarılı bir şekilde tedavi etmesine dair önemli raporu, bu yaklaşımda yüzlerce çalışmanın yapılmasını ve kilo verme programlarında geniş kapsamlı bir şekilde kullanılmasını sağlamıştır (Foster ve ark., 1994). Tahmin

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** Perspektif

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** (1962)

**Silinmiş:** yazan

**Silinmiş:** iddia etmişlerdir

**Silinmiş:** ileri sürmektedir

**Silinmiş:** aktaran

**Silinmiş:** (1967),

edilebileceği gibi davranışçı modellerden kaynaklanan davranışçı tedavi, aşırı yiyen kişilerin uygunsuz yeme ve aktivite alışkanlıklarını değiştirmelerine yardım eden bir dizi ilke ve teknikten oluşmaktadır (Wadden ve Foster, 2003).

**Silinmiş:** &

**Silinmiş:** 0

**Silinmiş:** , aktaran Shafran ve ark., 200

Ancak obeziteye dair davranışçı bakış açısını destekleyecek çok az sayıda araştırma bulgusu vardır. Laboratuvar çalışmaları obez olan ve olmayan kişilerin yeme alışkanlıkları arasında tutarlı farklar bulamamıştır. Ayrıca iki grubun günlük kalori alımını karşılaştıran çalışmaların büyük çoğunluğu anlamlı farklar bulamamıştır (Foster ve ark., 1994).

Daha yakın tarihli çalışmalar, obez kişilerin çoğunun, obez olmayan kişilere göre daha yüksek kalori gereksinimleri olduğunu (ve bu yüzden kilolarını devam ettirmek için daha fazla kalori aldıklarını) bulmuştur (Bandini ve ark., 1990; Rodin ve ark., 1989). Yüksek enerji alımı genellikle obez kişilerdeki ekstra yağ kütlesini sürdürmek için gerekene eşitti. Ancak obez kişilerin obez olmayanlara göre daha fazla yiyecek tükettikleri gösterildiğinde bile davranış kuramı bu bulgu için tatmin edici bir açıklama getirememektedir. Bu yüzden kişinin pozitif pekiştirildiği için fazla yediği sonucuna varmak, bireyin açlık sinyallerine, yiyeceklerin lezzetine ya da yiyecek alımını belirleyen diğer faktörlere karşı daha duyarlı olmasına neden olan fizyolojik ya da diğer mekanizmaları açıklamamaktadır (Rodin ve ark., 1989). Ayrıca pek çok vakada davranışçı ve psikanalitik açıklamalar birbirine benzemektedir. Örneğin bir davranışçı bazı kişilerin duygusal stresi azalttığı için aşırı yeme konusunda olumsuz pekiştirildiğini iddia edebilir. (Olumsuz pekiştirici rahatsız edici durumu azaltan ya da bitiren bir davranıştaki artışı ifade etmektedir.) Böyle bir iddia aşırı yemenin olumsuz duygulara karşı bir savunma olduğunu iddia eden psikanalitik görüşe çok benzemektedir (Foster ve ark., 1994).

**Silinmiş:** ,

**Silinmiş:** sız

**Silinmiş:** yi

Davranışçı modellerin sınırlılıklarıyla ilgili eleştiriler, obez kişilerin farklı yeme kalıpları olduğu varsayımının ve kilo düzenleme biyolojisi hakkındaki bilginin konuya dâhil edilmemesiyle ilgili dir. Ayrıca obezite hastalarının uzun dönemli sonuçlarına dair yetersizliklere de dikkat çekilmiştir (Shafran, 2003). Davranışçı

**Bçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** ydi

yöntemlerle verilen kilonun uzun süre korunamaması da tedaviye bilişsel yapıyı katmanın gereğini doğurmuştur.

#### 1.4.1.3. Bilişsel-Davranışçı Model

Obeziteyi açıklamaya yönelik bilişsel-davranışçı modele geçmeden önce, bu araştırmada incelenecek olan otomatik düşünceler, bilişsel çarpıtmalar ve fonksiyonel olmayan tutumlara ışık tutmak açısından depresyonun bilişsel modelini açıklamakta fayda görüyoruz.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** ler

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

1960'lı yıllarda Beck, özellikle depresyon hastaları ile çalışmaları sonucu, yeni bir psikoloji kuramı ve bu kurama dayanan yeni bir tedavi anlayışı geliştirmiştir. Bu kuramda Beck (1972) depresyonun oluşumunda öncelikle bilişlerin etken olduğunu duygulanım bozukluğunun bir sonuç olduğunu öne sürmüştür.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi rengi: Otomatik

Bugün yalnız depresyonun değil, pek çok bozukluğun bilişsel formülü yapılmaktadır. Çeşitli psikiyatrik bozukluklarda bilgiyi işleme sürecinde sistematik yanlışlar olduğu, hem dış çevreden gelen bilgiler, hem de içten gelen bilgilerin çarpıtıldığı öne sürülmektedir. Örneğin, panik bozuklukta hasta, içten gelen uyarıları yanlış yorumlar. Bilişsel davranışçı yaklaşım artık çeşitli anksiyete bozukluklarında, obsesyonel bozukluklarda, somatik problemlerde, cinsel işlev bozukluklarında, yeme bozukluklarında ve kişilik bozukluklarında kullanılmaktadır (Savaşır, Boyacıoğlu, Kabakçı, 1996).

**Silinmiş:** Bilindiği gibi bilişsel terapinin yaygın olarak kullanıldığı ilk bozukluk depresyondur. Depresyonun gelişimini ilk kez Beck bilişsel açıdan açıklamıştır. Ancak b

**Silinmiş:** söz konusudur. H

**Silinmiş:** çarpıtılabilir

Beck'in depresyonu açıklayan bilişsel kuramında 4 temel öge vardır:

1. Bilişsel üçlü: Kişinin kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz algılaması.
2. Olumsuz düşüncelerin otomatik olarak ortaya çıkması.
3. Bilgi işlemede ve algıda sistematik hataların olması.
4. Temel fonksiyonel olmayan sayıltıların ortaya çıkması.

**Silinmiş:** Olumsuz

**Silinmiş:** işlevsel

Bilişsel Üçlü (Cognitive Triad): Bilişsel, üçlünün ilk unsuru, kişinin kendisini değersiz, yetersiz ve eksik olarak algılamasını içerir. Kişi, geçmişteki olumsuz olaylardan kendini sorumlu tutar ve başkaları tarafından beğenilmediğini düşünür. İkinci unsur, kişinin çevresiyle olan ilişkilerini ve yaşantılarını olumsuz olarak algılamasıyla ilgilidir. Kendinden çok şey talep edildiğini, dünyanın aşılamayacak engellerle dolu olduğunu düşünür. Üçüncü olarak geleceği karanlık, umutsuz bir durum olarak algılar.

**Silinmiş:** Olumsuz üçlü

**Silinmiş:** Olumsuz

**Silinmiş:** hastanın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: İtalik

**Silinmiş:** hastanın

Olumsuz Otomatik Düşünceler: Olumsuz düşüncelerin otomatik olarak ortaya çıkması da depresyonun bilişsel kuramının önemli bir yönüdür. Bu fonksiyonel olmayan düşünceler hasta önceden planlamadan, yargılamadan ve düşünmeden çabuk ve otomatik olarak ortaya çıkar. Otomatik fonksiyonel olmayan şemaları ve varsayımları yansıtır ve hasta tarafından doğru olarak kabul edilirler. Bu düşünceler bazen o kadar çabuk oluşur ki hasta bunların farkında olmayabilir. Terapideki ilk amaçlardan biri hastaya bu otomatik düşünceleri yakalamayı öğretmek, bu düşüncelerin duygu ve davranışları nasıl etkilediğini göstermektir.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: İtalik

**Silinmiş:** d

**Silinmiş:** işlevsel

**Silinmiş:** işlevsel

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: İtalik

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi rengi: Otomatik

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi rengi: Otomatik

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi rengi: Otomatik

**Silinmiş:** . (Buradaki örnekleri özellikle obeziteyle ilgili olarak vermeyi tercih ettik.) Beck bu hataları şöyle sıralamaktadır:¶

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk

**Silinmiş:** ¶

**Silinmiş:** algılama

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: İtalik

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: İtalik

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk

**Silinmiş:** geçici olarak belli bir ayrıntının algılanması, diğer önemli özelliklerinin göz ardı edilmesi. ¶  
Örnek: "Bugün koca bir dilim pasta yedim." ¶

**Silinmiş:** Abartma:

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi rengi: Siyah

**Silinmiş:** Olumsuz olayları büyütme

Bilişsel hatalar: Hastanın kendini, çevresini ve geleceğini olumsuz olarak algılamasında önemli etkilerden biri de bilgi işlemede yapılan sistematik hatalardır. Beck bu hataları şöyle sıralamaktadır (Beck ve ark., 1984):

1. Seçici soyutlama: Bir durumun bütündeki diğer yönleri yadsıyarak bir ayrıntı üzerinde yoğunlaşmayı, diğer önemli özelliklerinin göz ardı edilmesini içerir. Örneğin, diyet programına uyan bir kişinin yediği ufak bir dilim pasta sonucu "Diyeti beceremiyorum, yapamayacağım," şeklinde düşünmesi.

2. Büyütme ya da Küçültme (Magnification-Minimization): Bir olayın değerlendirilmesinde yapılan hatalardır. Kişi başardığı işleri küçümser, buna karşın hatalarını abartır. Örneğin: Gün içinde kendini kontrol edemeden atıştırarak birisi bunu bir felaket olarak görür. "Bütün gün durmadan yedim." (Büyütme). Kilo veren birinin bunu küçümsemesi, "Üç kilo dediğin nedir ki? Daha bir sürü kilo vermeme lazımdır." (Küçültme) şeklinde düşünmesi.

3. Aşırı Genelleme (Over Generalization): Bir tek olaydan genel kurallar çıkarma ve bu sonucu diğer olayları yorumlamada da kullanmadır. Örneğin, Ufak bir hata yapan birinin, “Ben zaten hiçbir şeyi doğru dürüst yapamam.” şeklinde düşünmesi.

4. Kişiselleştirme (Personalization): Kişinin olayları tamamen kendisi ile ilgili olarak değerlendirmesi, olayların olumsuz sonuçlarından kendini sorumlu tutmasıdır. Örneğin, Onu görmediği için geçip giden bir arkadaşının ardından, “Herhalde şişman olduğum için benimle görünmekten utanıyor.” şeklinde düşünmesi.

5. İki Uçlu Düşünme (Dichotomous Thinking): Olayları olası iki uçtan (siyah-beyaz, iyi-kötü şeklinde) birine, özellikle de olumsuz olanına yükleme eğilimidir. Örneğin, diyet yapan birinin “Diyetimi hiç aksatmamalıyım, aksi takdirde başarısızım demektir.” şeklinde düşünmesi.

6. Keyfi çıkarsama (Arbitrary Inference): Bir olay ya da yaşantıda somut bir kanıt olmaksızın olumsuz sonuçlara ulaşma sürecidir. Örneğin, diyetini yapmada biraz zorluk yaşayan kişinin, “Ben bu diyeti başaramayacağım.” şeklinde düşünmesi.

Bilişsel kuramın ilerlemesiyle birlikte “yiyecek bağımlılığı modeli” şeklinde alternatif bir model öne sürülmüştür (Goodrick ve Foreyt, 1991). Bu model, obezite ve sosyal destekle ilgili bilişlere ve emosyonlara odaklanmaktadır (Wilson, 1993). Obezitenin anlaşılması ve tedavisine kombine bilişsel-davranışçı yaklaşımı dâhil etme gerekliliği Wilson (1996) tarafından ifade edilmiştir. Ancak kısa süre öncesine kadar obezitenin bilişsel-davranışçı tedavileri esas olarak olumsuz düşünme veya karar vermede yardımcı olma gibi bilişsel unsurların davranış tedavilerine eklenmesinden oluşuyordu (Sbrocco ve ark., 1999; Shafran ve ark., 2003). Yakın dönemli bir tarama, Bilişsel Davranışçı Tedavi (BDT) şekillerinin çoğunun beş strateji içerdiğini göstermektedir. Bunlar 1) Kendini izleme ve hedef belirleme, 2) Yeme tarzının ve aktivitenin değiştirilmesi için uyarıcı kontrolü, 3) İşlevsel olmayan düşüncelerin değiştirilmesine odaklanan bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri,

<b>Silinmiş:</b> ¶
<b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: İtalik
<b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk
<b>Silinmiş:</b> Örnek: Gün içinde kendini kontrol edemeden atıştıran birisi bunu bir felaket olarak görür. “Bütün gün durmadan yedim.” ¶ ¶ Küçümseme: Olumlu olayları küçümseme ¶ Örnek: Kilo veren birinin bunu küçümsemesi, “Üç kilo dediğin nedir ki? Daha bir sürü kilo vermem lazım.” ¶ ¶
<b>Silinmiş:</b> g
<b>Silinmiş:</b> ¶
<b>Silinmiş:</b> k
<b>Silinmiş:</b> ,”
<b>Silinmiş:</b> diye
<b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk
<b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: İtalik
<b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi rengi: Siyah
<b>Silinmiş:</b> Olumsuz olaylardan kendini sorumlu tutma ¶ Örnek:
<b>Silinmiş:</b> ,”
<b>Silinmiş:</b> diye
<b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk
<b>Biçimlendirilmiş:</b> ... [3]
<b>Biçimlendirilmiş:</b> ... [4]
<b>Biçimlendirilmiş:</b> ... [5]
<b>Biçimlendirilmiş:</b> ... [6]
<b>Silinmiş:</b> <#>Ya hep ya ... [7]
<b>Biçimlendirilmiş:</b> ... [8]
<b>Biçimlendirilmiş:</b> ... [9]
<b>Biçimlendirilmiş:</b> ... [10]
<b>Biçimlendirilmiş:</b> ... [11]
<b>Silinmiş:</b> Kanıt olmadıkça ... [12]
<b>Silinmiş:</b> iyordu
<b>Silinmiş:</b> ,
<b>Silinmiş:</b> aktaran
<b>Silinmiş:</b> d
<b>Silinmiş:</b> Terapi



4) Stres yönetimi ve 5) Sosyal destek (Foreyt ~~ve~~ Poston, 1998; Shafran ve ark., 2003).

**Silinmiş:** &

**Silinmiş:** ,

**Silinmiş:** aktaran

Bununla birlikte kısa bir süre önce obezitenin bilişsel-davranışçı açıklamasına yeni bir yaklaşım benimsenmiştir. Problemin baştaki kilo kaybı değil, obezitenin davranış tedavisinin uzun dönemdeki kötü sonuçları olduğunu (Kramer ve ark., 1989; Wadden ve ark. 1989) kabul etmek şeklindeki bu yeni yaklaşım, başarılı bir şekilde kilo verdikten sonra kilonun yeniden geri alınma nedenlerini açıklayan faktörlere odaklanmaktadır (Cooper ve ark., 2001). Bu yeni bilişsel-davranışçı yaklaşıma göre kilo kaybeden obez hastalar, kaybettikleri kiloyu iki nedenden dolayı koruyamamaktadırlar. Birincisi, kilo kaybetme hedeflerine ulaşamamışlardır, ayrıca bu hedeflere ulaşmanın beklenen faydalarını görmemişlerdir. Örneğin, hasta 10 kg kaybettikten sonra daha fazla kendine güven ~~duyacağını düşünebilir~~, ama ya yalnızca 5 kg kaybeder ~~ya da~~ kendine güven konusunda farklı bir şeyler hissetmez. Sonuç olarak kilo kaybetme çabasını bırakır (Cooper ve ark., 2001). Kilo kaybını sürdürmenin ikinci ve diğeriyle ilişkili nedeniyse, hastanın hedeflerine ulaşamayınca ya da beklediği faydaları göremeyince, bu yeni, düşük kiloyu sürdürme becerilerini kazanma gereksinimini bir kenara bırakması ve önceki yeme ve egzersiz alışkanlıklarına geri dönüp kaybettiği kiloları yeniden almasıdır (Cooper ve ark., 2001).

**Silinmiş:** mazlar

**Silinmiş:** zler

**Silinmiş:** hissi yaşamayı bekleyebilir

**Silinmiş:** ve

Bu kurama dayalı yeni bilişsel ~~davranışçı tedavi~~, bireysel olarak uygulanır ve kilo kaybına, kilo kaybının sürdürülmesine, beden imajına, kilo hedeflerine ve ‘birincil hedeflere’ yöneliktir. Bu ‘birincil hedefler’ hastanın kilo kaybetmesinin sonucu olarak ulaşmayı umduğu hedefler olarak tanımlanır ve özgüveni iyileştirmeyi, sosyal hayatı geliştirmeyi içerebilir. Ayrıca belirsiz kilo kaybına devam etmek yerine kilo kaybının uzun süreli olarak korunması vurgulanır (Cooper ve ark., 2001).

**Silinmiş:** -

**Silinmiş:** rapı

#### 1.4.1.3.1. Obez Bireylerdeki Bilişsel Süreçler

Bilişsel-davranış terapisi, modern obezite tedavisinin dayanak noktasıdır, ancak obez kişilerin obezite nedenini veya sonucu olabilecek karakteristik düşünce örüntülerine sahip olup olmadıklarını araştıran derecede az sayıda çalışma vardır. Beck ve arkadaşlarının (1979) belirttiği gibi diğer klinik popülasyonlardaki, bilişsel çarpıtmaların ve özel inanç sistemlerinin kişiyi, psikolojik problemler, özellikle mizaç bozuklukları geliştirmeye yatkın hale getirdiğini gösteren bulgular mevcuttur (Friedman ve ark. 1995). Depresyonun bilişsel modelleri, öz yıkıcı ve çarpıtılmış tutumların veya uyumsuz şemaların, olumsuz hayat olaylarıyla birleşerek duygusal bozuklukların etiolojisinde merkezi rol oynadığını öne sürmektedir. Düşünceler veya bilişsel şemalar deneyimin olumsuz yönde yorumlanmasına yol açar. Bu yüzden olumsuz olaylar aslında olduğundan daha kötü olarak yorumlanır, sonuçta da duygudurum bozuklukları ortaya çıkar. Obez kişinin bilişsel süreçlerinin benlik kavramı, beden imgesi, mizaç rahatsızlıkları ve genel psikopatoloji için önemli olduğuna kuşku yoktur. Ancak bu süreçleri araştıran çok az sayıda çalışma vardır (Friedman ve ark. 1995).

Silinmiş: ü

Silinmiş: ifade etmektedir

Birkaç çalışma obez olan ve olmayan kişilerin bilgi işleme ve düşünce süreçleri arasındaki farkları incelemiştir. Conforto ve Gershman (1985), obez olan ve olmayan kişilerin yiyecek uyarınının bilişsel işlenmesi açısından farklılaşmadığını göstermiştir. Tıkınırcasına yiyenlerde bilişsel rahatsızlıklar sorusunu ortaya atan bazı kışkırtıcı bilgiler söz konusudur. Vitousek ve Hollon (1990), bulimiya nervosanın (BN) temelinde yatan psikopatolojinin, kişinin benliğine dair görüşlerini kiloyla ilgili inançlarıyla birleştiren organize bilişsel yapılarda temsil edildiği hipotezini ortaya atmıştır. Kiloyla ilgili benlik şeması, kişinin benliğine ait olumsuz görüşlerini sürdürmesi için bilgi işlemede otomatik etkiler yaratabilir.

Kiloyla ilgili bu şemanın nesnel kiloya ya da vücut yağına dayanması gerekmez. Aslında obezitenin heterojen bir popülasyon olması gibi obez olmayanlar da homojen bir grup değildir. Markus, Hamill ve Sentis (1987), bütün bireylerin bir beden imajı kavramı olmasına rağmen, uyarı vücut ağırlığına göre işleme

şekillerinde büyük farklılıklar olduğunu ileri sürmüştür. Ayrıca vücut ağırlığı uyarımının bu şekilde işlenmesi de gerçek vücut ağırlığıyla ilişkili olmayabilir (DelRosario, Brines, Coleman, 1984). Cash ve Hicks (1990), aşırı kilolu olanlarla ortalama kiloda olanları karşılaştırmanın ötesine geçip, fiziksel olarak aşırı kilolu kişilerle kendilerini aşırı kilolu olarak gören veya görmeyen kişileri karşılaştırmıştır. Kilo ile ilgili bu bilgiler, dikkate alındığında gruplar arasında ölçülen bu farkların çoğu kaybolmuştur. Öznel kilo kavramıyla gerçek kilo birbirinden bağımsız olabilir ve gelecekteki çalışmalarda birbirinden ayrılmalıdır (Friedman ve ark. 1995).

**Silinmiş:** &

**Silinmiş:** Bu k

**Silinmiş:** i

## 1.5. Obezitenin Psikososyal Yönü

Obezite hakkında pek çok klişeleşmiş görüş vardır. Bir yandan obezlerin neşeli insanlar oldukları düşünülürken, diğer taraftan da aynı şekilde depresif ve kaygılı olarak da görülürler (Wadden ve ark. 2003).

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

### 1.5.1. Damgalanma ve Ayrımcılık

Obezitenin psikolojik etkisi fiziksel ve sosyal süreçlerle şekilleniyor olabilir. Fiziksel süreçler çok iyi anlaşılammakta, ama araştırılmaya devam edilmektedir. Örneğin kötü beslenme ve aşırı kilo, nörotransmitterler yoluyla ruh halini etkileyebilmekte, sonuç olarak bu da beden imajını etkilemektedir (Schwartz ve Brownell, 2004). Epel ve arkadaşlarına (2001) göre, stres yemeyi engelleyebilmekte ve aynı zamanda vücuttaki yağ dağılımını ve kortizol salınımını etkileyebilmektedir (Schwartz ve Brownell, 2004). Bu nedenle aşırı kilonun beden imajı gibi psikolojik faktörler üzerindeki etkisini gerçekten anlamak istiyorsak biyolojinin göz önünde bulundurulması gerekir.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

Obeziteyle ilgili sosyal süreçlerse daha iyi anlaşılmaktadır. Aşırı kilolu olmayla ilgili olumsuz mesajlar çok fazladır. Bunun yansımalarını kilo karşıtı medyada, okullarda, iş yerlerinde ve gündelik hayatta görebiliriz. Bu önyargı, damgalama ve ayrımcılığa yol açmaktadır (Puhl ve Brownell, 2001). Greenberg ve arkadaşları (2003), sevilen televizyon programlarındaki kilolu olan ve olmayan

**Silinmiş:** ve

karakterlerin analizinin, kilolu karakterlerin daha fazla şakaya maruz kaldığını, daha az sıklıkta lider olarak yansıtıldığını, romantik ilişkiler içinde daha az resmedildiğini ve daha sıklıkla kontrolsüzce yediğinin sergilendiğini gösterdiğini bildirmiştir (Schwartz ve Brownell, 2004). Böyle bir önyargı, aşırı kilolu bir çocuğun görüntüsünü “tembel, pis, çirkin, aptal, uçkağıtçı ve yalancı” olarak nitelendiren 6 yaşındaki çocuklarda bile görülmektedir (Staffieri, 1967). Bir başka çalışmada üniversite öğrencileri, zimmetine para geçirenleri, kokain kullananları, hırsızları ve körleri kendilerine aşırı kilolulardan daha uygun bir eş olarak görmüşlerdir (Venes, Krupka ve Gerard, 1982). Aşırı kilolu olanlar üniversiteye girişte, iş yerinde terfide ayrımcılıkla karşılaşmakta ve kişisel ilişkilerinde tatminsizlik yaşamaktadır (Stunkard ve Wadden, 1992; Wadden ve Stunkard, 1985). Bu bulgular obezitenin psikolojik tehlikelerinin tıbbi komplikasyonlarını aşabileceğini düşündürmektedir (Brownell ve Wadden, 1995).

Kilo karşıtı bu önyargının neden bu kadar güçlü ve yaygın olduğuna dair araştırmalar ve kuramsal çalışmalar yapılmaktadır. Büyük oranda Crandall ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilen atıf kuramı halihazırda en iyi desteklenen açıklamadır (Schwartz ve Brownell, 2004). Bu çalışma, nedensellik ve kontrol edilebilirliği vurgulamaktadır. İnsanlar damgalanmış bir grupla karşılaştıklarında damgalamanın nedenini araştırırlar. Eğer damgalanan özellik kişinin kontrolünde görülürse ayıplama başlar, önyargı makul görülür ve ayrımcılık haklı çıkarılır. Obezite söz konusu olduğunda insanlar kolayca damgalanır ve şişmanlıklarından sorumlu tutulur. Ardından kişilik açıklamaları gelir; obez insanlar zayıf iradeli, tembel, pasaklı, yetersiz, duygusal açıdan dengesiz ve hatta insan olarak kusurlu görülür (Puhl ve ark., 2005).

Ruh hali, özsaygı ve beden imajı gibi psikolojik konular üzerindeki etkisinin ötesinde önyargı açık ayrımcılıkla da sonuçlanabilir. Eğitimde, iş bulmada, bakım veren kurumlarda ve jüri seçimi ve evlat edinme gibi konularda aşırı kilolu olmanın gerçekten büyük dezavantajları vardır (Puhl ve Brownell, 2001; Puhl ve ark., 2005). Ayrımcılık ve damgalanma, aşırı kilolu insanların psikolojik sağlığı üzerinde büyük etkiler yaratabilir. Bu psikolojik sağlığın önemli alanlarından biri de beden imajıdır.

**Silinmiş:** Önyargı, r

## 1.6. Obezite ve Psikopatoloji

Bu kadar önyargı ve ayrımcılık karşısında obez kişilerin psikolojik baskı yaşamaları şaşırtıcı olmaz. Bu durum özellikle kilo vermek için yardım arayan bireylerde görülmektedir (Wadden ve ark., 2003). Aşırı kilolu insanları küçümseyen bir toplumda olumlu bir benlik imajı sürdürmek neredeyse olanaksız görünmektedir.

Bu nedenle obezitenin ciddi psikolojik sonuçları olabilir. Zaman zaman bazı araştırmacılar tarafından obezitenin neden olduğu yaşamsal tatminsizlik, sosyal yükümlülükler ve beden imajı problemlerinin yararlı olduğu, çünkü insanları kilo vermeye yönlendirdiği iddia edilmektedir. Oysa bu problemlerin biyolojik ve psikolojik nedenlerle duygusal dengeyi bozması, bunun da yemeyi artırması daha büyük bir olasılıktır. Bu sonuçların depresyon gibi ciddi bozukluklar üzerindeki etkisi nedeniyle obezite ve kronik hastalıklar arasındaki bağı oluşturması da mümkündür (Schwartz ve Brownell, 2004).

Obez kişilerin en çok depresyon, düşük benlik saygısı ve bununla ilişkili problemler yaşadıkları düşünülür. İnsan aşırı şişman kişilere baktığında onların kiloları yüzünden mutlu olamayacaklarını ve benlik saygılarının düşük olması gerektiğini düşünebilir (Fabricatore ve Wadden, 2003).

Ancak bu konuyla ilgili çalışmalar bazı şaşırtıcı sonuçlar vermiştir (Foster ve Wadden, 1994).

### 1.6.1. Genel Popülasyondaki Obezite Çalışmaları

Silinmiş: 1

Popülasyon çalışmaları genel olarak obez olanlarla olmayanlar arasında psikolojik fonksiyonlar bakımından anlamlı bir fark bulamamıştır (Foster ve Wadden, 1994).

Moore ve arkadaşlarının (1962), 1660 kişi üzerinde yaptığı çalışmada obezlerin dokuz psikolojik kriterden yalnızca üçünde obez olmayanlara göre daha yüksek skor elde ettikleri bulunmuştur: olgunlaşmama, kuşkuculuk ve inatçılık. Ancak iki grup arasındaki bu farklar önemli sayılmayacak kadar düşüktür.

Stewart ve Brook (1983) da obezlerle normal kilodaki kişiler arasında küçük farklar bulmuştur. Ancak 5817 kişilik çalışmada obez bireylerin obez olmayanlara göre önemli derecede daha az depresif ve kaygılı oldukları saptanmıştır.

**Silinmiş:** görülmüştür

Crisp ve McGuiness (1976), obez bireylerin obez olmayanlara göre daha az depresyon ve kaygı yaşadıklarını göstermiştir.

Silverstone (1968), yaş ve sosyal sınıfın etkisi kontrol edildiğinde bile obezlerde artmış psikopatolojiye dair bir kanıt bulamamıştır.

Hallstrom ve Noppa (1981) ile Kittel ve arkadaşlarının (1987) aldığı sonuçlar da genel popülasyonda obez olan ve olmayan bireyler arasında psikolojik durum açısından kayda değer bir fark olmadığını göstermiştir.

**Silinmiş:** çok az psikolojik fark olduğunu

Genel popülasyona dayalı çalışmalarda tutarlı ve klinik açıdan anlamlı bulguların olmayışı, bazı araştırmacıların obez olanlar ve olmayanlar arasında psikolojik işlev açısından bir fark olmadığı sonucuna varmasına yol açmıştır (Wadden ve Stunkard, 1985). Ancak daha sonraki araştırmacılar daha iyi tasarlanmış çalışmalara gerek olduğunu ileri sürmüştür. Friedman ve Brownell (1995), bu ilk çalışmaların bazı eksikleri olduğunu ifade etmiştir: (1) Çalışmaların örneklem sayısının küçük olması; 2) Aşırı kilo ve obeziteyi tanımlamak için değişik kriterlerin kullanılması; 3) Hastaların psikolojik durumlarının klinik bir tanıya değil, anketlere dayandırılmış olması; 4) Uygun kontrol gruplarının olmayışı sayılan eksikliklerdendir (Wadden ve ark. 2003).

En az iki çalışmada bu eksikliklerin giderildiği görülmektedir. Istvan ve arkadaşları (1992), 25-74 yaş arasındaki 32.000 kişi üzerinde yaptıkları ulusal bir

çalışmada BKİ ve Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D) ölçęiyle ölçülen depresyon arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Erkeklerde BKİ ve CES-D skorları arasında bir ilişki bulamamışlardır. Ancak en yüksek BKİ derecesinde olan kadınların % 38'inin CES-D skorları BKİ derecesi daha düşük olanlara göre daha yüksekti. BKİ ve CES-D skorları arasındaki ilişki, sigara içen (geçmişte veya şimdi) kadınlarda, sigara içmeyenlere göre daha yüksekti.

Carpenter ve arkadaşları da (2000), benzeri şekilde geniş (40,000'den fazla) bir örneklem kullandıkları ulusal bir çalışmada obezite ve depresyon arasındaki ilişkinin cinsiyetle değiştğini bulmuşlardır. DSM-IV ölçütlerini kullanan çalışmacılar obez erkeklerin (BKİ>30 kg/m<sup>2</sup>), bir önceki yılda ortalama kiloda (BKİ= 20.8-29.9 kg/m<sup>2</sup>) olan erkeklere göre önemli ölçüde daha düşük majör depresyon, intihar fikri veya intihar girişimi bildirmişlerdir. Düşük kilodaki erkekler (BKİ<20.8 kg/m<sup>2</sup>) için % 25 artmış depresyon riski, % 81 oranında artmış intihar fikri riski ve % 77 oranında artmış intihar girişimi riski sergiliyorlardı. Kadınlar arasındaysa farklı bir örüntü mevcuttur. Obez kadınların bir önceki yılda depresyon geçirme olasılıklarının normal kilodaki kadınlara göre % 37 daha fazla olduğu saptanmıştır. Obez kadınlar bir önceki yıl için % 20 daha fazla intihar fikri ve % 23'ü daha yüksek intihar girişimi bildirmişlerdi. Kadınlar için düşük kiloda olmak depresyon ve intihar fikriyle ilişkili değildi.

Silinmiş: tur

Silinmiş: diklerini bulmuştur

Silinmiş: gözleniyordu

Silinmiş: ydı

### 1.6.2. Klinik Popülasyonda Yapılan Obezite Çalışmaları

Tedavi arayışındaki obez kişiler arasındaki psikopatoloji, popülasyondaki obezlerden daha yüksektir (Fabricatore, 2003). Kilo vermeye çalışan kişilerle yapılan kontrollü olmayan çalışmalarda ömür boyu depresif bozukluk (örneğin, majör depresyon, distimi) prevalansının % 9.2 ilâ 47.5 arasında değiştği, Eksen 1'de yer alan diğer bozuklukların (örneğin, klinik sendromlar) ömür boyu prevalansının % 2.5 ilâ 31 arasında olduğu bulunmuştur. Çok sayıda çalışmada MMPI kullanılarak obez hastalardaki psikopatoloji araştırılmıştır. Bu çalışmaların on tanesinde depresyonda orta derecede (T skoru= 60) artış gözlenmiştir. Hipokondriya, histeri ve

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil

dürtüsellik ölçeklerinde de hafifle orta derecede artış bulunmuştur (Foster ve Wadden, 1994).

Wadden, Stunkard ve Brownell (1984), çok düşük kalorili diyet ve davranış tedavisi uyguladıkları hastalarda benzeri bulgularla karşılaşmışlardır.

Friedman ve Brownell (1995), meta analizlerinde tedavi arayışındaki obezlerle genel popülasyondaki kontrolleri karşılaştıran çalışmalarda obezitenin depresyonla orta derecede ilişkili olduğunu (etki büyüklüğü= 0.52) ifade etmiştir. Tedavi arayışındaki obez hastalar tedavi istemeyen obezlere göre daha fazla psikolojik stres bildiriyordu. Bunun tersine tedavi arayışında olmayan obez bireyler psikopatoloji açısından normal kilodaki bireylerden farklılaşmıyordu.

Ancak Wadden ve Stunkard (1985) ile Friedman ve Brownell (1995), bu ilk klinik çalışmalarda da uygun kontrol gruplarının olmaması gibi bir eksikliği dile getirmiştir. Bu önemli bir ihmaldir, çünkü kiloları ne olursa olsun tıbbi bakım arayışı içindeki hastaların depresyon ve diğer psikolojik rahatsızlıkları rutin bir şekilde artıyordu.

Tedavi arayışındaki obezlerle ilgili en geniş çalışmalardan birisi Fitzgibbon ve Kirschenbaum (1993) tarafından yapılmıştır. Burada kilo vermeyi isteyen (n=57) ve istemeyen (n= 57) obez bireylerin ve tıbbi yardım aramayan normal kilodaki bireylerin (n= 57) psikolojik durumları incelenmiştir. Conte ve arkadaşlarına (1980) göre, obez olup da tedavi olmayı isteyen grupta Borderline Symptom Inventory ile ölçüldüğünde obez olsun veya olmasın tıbbi yardım istemeyen gruplara göre anlamlı derecede daha çok sıkıntı belirtileri görülmüştür (Wadden ve ark. 2003). Derogatis ve arkadaşlarının (1973) yaptığı çalışmaya göre, tedavi olmayı isteyen obez bireylerde SCL-90 ile yapılan değerlendirmede obez olmayan bireylere göre daha fazla psikopatoloji bildirilmiş, gruplar arasında başka bir farka rastlanmamıştır (Wadden ve ark.2003).



Swenson, Pearson ve Osborne (1973), Mayo Kliniğinde genel tıbbi ve cerrahi bakım gören 18.328 kadına MMPI uygulayarak bu gerçeği ortaya koymuştur. Bu hastaların hipokondriya, depresyon ve histeri skalaları ortalaması sırasıyla 61, 60 ve 62 olarak saptanmıştır, (bu obez hastalarla yapılan çalışmalardaki psikopatolojiyi tanımlamak için kullanılan kriterdi). Üstelik Mayo Kliniğinde tedavi gören hastaların yaklaşık % 15'inin bu ölçeklerden aldıkları T skorları 70, yani ortalamanın iki standart sapma üstüydü ve klinik açıdan önemli psikopatolojiye işaret ediyordu. Bu durum kilo vermeyi isteyen obezlerin çektiği sıkıntıyı azaltmaz, ama hastalıklara karşı verilen uygunsuz tepkilerin yalnızca obezlere özgü olmadığını gösterir (Foster ve Wadden, 1994).

Silinmiş: 'ydi

Silinmiş: 'n

Silinmiş: i

Bu bulgular, bazı obezlerin hafiften orta dereceye kadar psikolojik rahatsızlık yaşasalar da, obez hastaların bir grup olarak diğer klinik hastalardan farklılaşmadıklarını göstermektedir. MMPI veya diğer psikolojik ölçeklerin kullanıldığı kontrollü çalışmalar da bu görüşü destekler niteliktedir (Foster ve Wadden, 1994).

Görüldüğü gibi obezite ve psikopatoloji arasında bir ilişki olup olmadığını görmek için çok sayıda araştırma yapılmıştır. Wadden ve Stunkard'ın 1985'te belirttiği gibi bu geniş kapsamlı sorunun yanıtı böyle bir ilişkinin olmadığı yönünde gibi görünmektedir. Obezite ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar artık ikinci kuşağa geçmiştir (Friedman ve Brownell, 1995). Araştırmaların odak noktası obezitenin psikolojik sıkıntıyla ilişkili olup olmadığından hangi obezlerin psikopatoloji riskinin artmış olduğuna doğru değişmiştir. Bu yaklaşım obez bireyler arasındaki heterojenliği de kabul etmektedir. Aşırı kilolu ve obez olmanın prevalansı düşünüldüğünde bu kişiler arasında, obez olanlar ve olmayanlar arasında olduğundan daha büyük bir çeşitlilik söz konusu olabilir (Fabricatore ve Wadden, 2003).

Bu noktadan hareketle bu bölümde obezitedeki psikopatoloji riskini artıran faktörler incelenecektir.

### 1.6.2.1. Cinsiyet

Toplumlar zayıf olma konusunda kadınlara daha fazla baskı uygulamaktadır. Medyada güzel olarak zayıf kadınlar sergilenmekte, bu ideale ulaşmak için çeşitli diyetler pompalanmaktadır. Kadın hareketlerindeki ilerlemelere rağmen çekici (yani zayıf) olma konusunda kadınlar üzerinde hâlâ erkeklerden daha fazla baskı vardır (Foster ve Wadden, 1994). Kadınlar kiloları konusunda erkeklerden daha fazla rahatsız edilmekte ve daha fazla olumsuz beden imajı bildirmektedir (Rodin, 1992).

Silverstein ve arkadaşlarının (1986) yaptığı çalışma, medyada iletilen mesajlardaki cinsiyet farklılıklarını göstermiştir.

Kilo ve vücut şekliyle ilgili endişeler ergenler tarafından içselleştirilmektedir (Foster ve Wadden, 1994). Wadden ve arkadaşlarının (1991) yaptığı bir çalışmada 10. sınıfa giden 453 kız ve 355 erkek öğrenciyle görüşülerek diğer konularla ilişkili olarak kiloları hakkında ne kadar endişelendikleri incelenmiştir. Kızların **daha çok** görünüşleri, vücutları, karşı cinsle ilişkileri, kiloları ve karşı cinsin gözünde ne kadar popüler oldukları; buna karşın erkek öğrencilerin **daha çok** para, görünüş, karşı cinsin gözündeki popülerlik derecesi, karşı cinsle ilişki ve gelecek konularında endişeli oldukları bulunmuştur. Erkekler kiloyu 15 seçenek içinde 13. olarak işaretlemiştir. Bu bulgular erkek çocuklar için maddi başarının, kızlar için kilo ve vücut şekliyle aynı derecede önemli olduğunu gösterebilir.

**Silinmiş:** en fazla

**Silinmiş:** en fazla

**Silinmiş:** sonda

Cinsiyet farkları, üniversite öğrencilerinin arzu edilen ve şimdiki kilo algıları konusunda da belirgin bir şekilde görülmektedir. Mevcut ve ideal kiloyu ölçmek için silüetler kullanan Fallon ve Rozin kızların mevcut kilolarını idealden daha fazla, erkeklerin mevcut kilolarını ideal olarak gördüklerini bulmuştur (Foster ve Wadden, 1994).

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

Bu durumun sonucu olarak kadınların obezitenin olumsuz sonuçlarını daha fazla yaşaması kaçınılmazdır. Carpenter ve arkadaşları (2000) ve Istvan ve arkadaşları (1992) bu konuda benzer bulgulara ulaşmıştır. Yaptıkları araştırmalarda

genel popülasyondaki obez kadınların depresyona girme olasılıklarının ortalama kilodaki yaşlılarından % 37 ve 38 daha yüksek olduğunu göstermişlerdir. Bu çalışmalardaki erkekler için kilo ya ruh haliyle ilişkili değildi ya da depresyon semptomları anlamlı derecede daha az sayıdaydı (Fabricatore ve Wadden, 2003).

Obezitenin psikososyal bağlantıları düşünüldüğünde, kilo ve depresyon arasındaki ilişkinin erkekler ve kadınlar için farklı olduğu bulgusu dikkatle ele alınmalıdır. Özellikle tedavi arayışı içindeki obezlerdeki psikopatoloji prevalansı özenle incelenmelidir. Genelde bütün psikoterapi alanında olduğu gibi kilo tedavisine de kadınlar erkeklerden daha fazla başvurmaktadır. Tedavi arayışındaki obezlerin % 80'ini kadınlar oluşturduğu için kadınlar obezite araştırmalarında aşırı şekilde temsil ediliyor olabilirler. Üstelik obezite araştırmalarında genel olarak incelenen psikopatoloji (depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları ve sınır kişilik bozukluğu), kiloları ne olursa olsun kadınlar arasında erkeklere göre daha yaygındır. Cinsiyet dağılımı ve klinik obezite çalışmalarında incelenen sıkıntı tipleri göz önünde bulundurulduğunda kilo ve patoloji arasındaki bağ daha kuvvetli görünmektedir (Fabricatore ve Wadden, 2003.)

#### **1.6.2.2. Aşırı obezite**

Amerikalı yetişkinlerin % 5'inin BKİ'si 30'ın üzerinde olup aşırı obez sınıfına girmektedir. Sağlık komplikasyonları BKİ'yle birlikte doğru orantılı bir şekilde artmaktadır. Örneğin, sigara içmeyen kadınlar arasında bütün nedenlerden dolayı ölüm oranı BKİ'si 30-31.9 kg/m<sup>2</sup> olanlar için % 25, BKİ'si 40 ve üzerinde olanlar için % 90 artmaktadır (Flegal ve ark., 2002).

Bazı araştırmacılar obezitenin şiddetinin artmasıyla birlikte psikolojik sıkıntıların da arttığını düşünmektedir (Wadden ve ark., 2002). Bunun nedeni aşırı obezlerin daha fazla ayrımcılığa ve önyargıya maruz kalmaları ve obeziteyi yüzünden daha fazla tıbbi komplikasyon yaşamaları olabilir.

Wadden ve arkadaşları (2002) BKİ'si 40'ın üzerinde olan obez hastaların BKİ'si 40'ın altında olanlara göre daha fazla depresif sendrom ve anlamlı ölçüde düşük benlik saygısı gösterdiklerini bulmuştur (Wadden ve ark, 2002).

Obezite arttıkça bedensel tatminsizliğin artacağını düşünmek mantıklı görünmektedir (Schwartz ve Brownell, 2003). Bazı bulgular bu görüşü doğrular niteliktedir. Örneğin Hill ve Williams (1998), üç farklı BKİ grubunu oluşturan ve tedavi için başvurmeyen kadın örneklerini (30-34, 35-39 ve 40 ve üstü) karşılaştırarak BKİ artıkça bedensel tatminsizliğin arttığını göstermiştir.

Ancak alt gruplar araştırıldığında BKİ ve bedensel tatminsizlik arasındaki ilişki bu kadar açık görünmemektedir. Wilfley ve arkadaşları (2000), TYB hastalarında psikopatolojiyi incelerken obezite derecesi ve beden imajı arasındaki ilişkiye bakmıştır. Tedavi görmekte olan TYB hastalarının BKİ'si 27'nin üstündeydi. Örnekleme 3 farklı BKİ grubuna ayıran araştırmacılar gruplar arasında kilo ve vücut şekli kaygıları arasında bir ilişki bulamamıştır.

Eldredge ve Agras (1996), kilo verme programına katılan kadınları incelemiş ve TYB gösteren kişilerin yeme bozukluğu olmayan gruba göre daha fazla kilo ve vücut şekli kaygısı taşıdığını, fakat bu kaygının kilo kategorisiyle ilgili olmadığını bildirmiştir.

Bu bulgular TYB olmayan örneklerde de ortaya çıkmıştır. Matz ve arkadaşları (2002), kilo tedavisine katılan ve TYB göstermeyen kadınlarda BKİ ve bedensel tatminsizlik arasında anlamsız bir ilişki bulmuş ve kişinin kendini değerlendirmesinde, kilo derecesinin bağımsız olarak katkıda bulunmadığını göstermiştir.

Sarwer ve arkadaşları (1998), tedavi arayışında olup TYB gösterdikleri bildirilmeyen aşırı kilolu kadınları incelemiş ve BKİ ve bedensel tatminsizlik arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir.

Bu çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde bütün obezlerin oluşturduğu popülasyonda BKİ ve beden imajı arasında bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Tedavi arayışındaki kadınlar veya TYB gösteren kadınlar gibi alt gruplardaysa bu ilişki görülmemektedir.

### 1.6.2.3. Beden İmajı Problemleri

Beden imajı, kişinin bedeninin zihinsel görüntüsü ve bu görüntüye karşı sergilediği duygusal tutumlarının bir toplamıdır (Powers ve ark. 1987). Bireyin kendi görüntüsünü ve bedeninin işlevini psikolojik olarak yaşantılamasını ve bireyin kendisine dair zihinsel temsilinin bir yönünü yansıtır (Friedman ve ark., 2002). Beden imajının uzun süredir tek boyutlu bir yapı olduğunun düşünülmesine rağmen yakın dönemde yapılan çalışmalar beden imajının çok boyutlu yapısını ortaya koymaktadır. Rucker ve Cash (1992), beden imajının en az iki unsuru içerdiğini ileri sürmüştür: algısal beden imajı (insanın bedensel büyüklüğüne dair tahmini) ve tutumsal beden imajı (insanın bedensel büyüklüğüyle ilgili afektif bilişsel ve davranışsal kaygıları).

Olumsuz beden imajıyla ilgili çalışmalar da obeziteyle ilgili araştırma literatüründe geniş bir şekilde yer almaktadır. Günümüzde Batı toplumlarında özellikle kadınlar ve genç kızlar üzerindeki zayıf olmaya yönelik baskıların arttığı düşünülürse bu durum çok yerinde görülmektedir. Geniş örneklem üzerinde yapılan bir çalışma göstermiştir ki, Amerika'daki erkeklerin % 52'si, kadınların % 66'sı kilolarından memnun değildir (Garner, 1997) ve bazı kadınlar kiloları normal ya da normalin altında olsa bile diyetle olduklarını bildirmektedirler. Beden imajı faktörleri, obezleri obez olmayanlardan ayırmaktadır. Obez bireyler, obez olmayanlara göre bedenlerini olduğundan büyük olarak tahmin etmekte veya görünüşleriyle fazla ilgili olup görüntüleri yüzünden sosyal ilişkilerden daha fazla kaçmaktadırlar.

Sarwer'a göre, tedavi olmak isteyen obezlerdeki negatif beden imajı, psikolojik iyilik durumuyla da ilişkili olup bedenden hoşnutsuzluk arttıkça depresyonda artış, benlik saygısında düşüş gözlenmektedir (Friedman ve ark. 2002). Aynı şekilde beden imajındaki bozukluklar anoreksiya nervosa ve bulimiya gibi yeme bozukluklarıyla da ilişkilidir (Garner ve Garfinkel, 1979). Klinik olmayan örnekleme tespit edilen beden imajıyla ilgili bozukluklar, kronik diyetin de aralarında bulunduğu çok sayıda probleme yol açmaktadır (Miller ve ark, 1980). Bu yüzden beden imajı, kiloyu kontrol etmeye yönelik girişimlerde birincil odak noktası olmaktadır. Tıkınırcasına yiyen grubun beden imajının tıkınırcasına yemeyen gruba göre daha olumsuz olduğu düşünülmektedir.

Yapılan bir çalışmada, ~~bedenlerinden hoşnut olma ve beden algısı~~ bakımından ~~tıkınırcasına yiyen grupta~~, tıkınırcasına yemeyen gruba göre daha fazla tutumsal bozukluk bulunduğu görülmüştür (Mussel ve ark. 1996).

**Silinmiş:** tıkınırcasına yiyen grupta,

Batı toplumlarındaki zayıf olmaya yönelik tercih insanların yeme davranışına ve yiyeceklere karşı tutumlarını da etkilemekte, sonuç olarak diyetle ve kilo kaybıyla aşırı şekilde meşgul olmaya yol açmaktadır. Yemeye karşı tutumlarımız beslenme şekillerimizi de etkilemektedir. Pozitif yeme tutumları "normal" beslenmeyle yan yana gider. Normal beslenen bir insan büyüme ve gelişme yolunda pozitif hedeflere (ör, iyi bir görüntü, benlik saygısı, kontrol) ulaşmaya çalışır. Öte yandan beden imajındaki bozukluklar, bedenle ilgili çarpık duygu ve düşünceler yüzünden yeme tutumlarında bozukluklara yol açabilir.

Beden imajı problemini anlamak, obez olmanın sosyal ve psikolojik sonuçlarını belirlemek ve aynı zamanda bu insanlara bakım vermek açısından çok önemlidir (Schwartz ve Brownell, 2004).

1972-1997 arasını kaplayan bir araştırmaya göre, genel görünüşünden memnun olmayan kadınların ~~oranı~~, % 25'ten % 56'ya çıkmıştır (Garner, 1997). Aynı dönemde görünüşünden memnun olmayan erkeklerin ~~oranı~~, 15'ten 43'e çıkarak neredeyse üç katına ulaşmıştır. Kadın ve erkekler için en sık belirtilen tatminsizlik

**Silinmiş:** yüzdesi

**Silinmiş:** yüzdesi

kaynakları kilo ve bel kalınlığıdır (Sarwer ve ark., 1998). Görünüştten en fazla tatminsizlik beyaz ırkta ve etnik köken ne olursa olsun sosyokültürel görünüş standartlarını içselleştirmiş olan bireyler arasında görülmektedir (Matz ve ark., 2002; Thompson, 2001).

Silinmiş: J

Silinmiş: .K.,

Beden imajından duyulan hoşnutsuzluk, tedavi arayışındaki obez bireylerde obez olmayan bireylere göre anlamlı ölçüde daha yüksektir. Sarwer ve arkadaşları (1998), kilo vermeye çalışan obez bireylerin (BKİ= 35.6) %68'inin ve obez olmayan kontrollerin %33'ünün genel görünüşlerinden ortadan aşırıya doğru giden bir hoşnutsuzluk derecesi bildirdiklerini bulmuştur. Obezler (%72) ve kontroller için (%42) bel/karın ölçüsü en fazla tatminsizlik veren bölgedir.

Kişi ne kadar erken yaşta obez olursa bedenini beğenmeme olasılığı o kadar artar (Wardle ve ark., 2002). Bazı çalışmalar, çocuklukta kilosunu yüzünden alay edilmeye yetişkinlikte beden imajından hoşnutsuz olma arasında bir ilişki bulmuştur (Grilo ve ark., 1994).

Tıkınırcasına yeme de beden imajından hoşnutsuz olmayla ilişkili görünmektedir. Tıkınırcasına yiyen obezler, tıkınırcasına yemeyen obezlere göre daha fazla bedensel tatminsizlik bildirmişlerdir; ancak tıkınırcasına yiyen obezler arasındaki artmış tatminsizlik, ruhsal durum ya da BKİ'yle açıklanamamaktadır (Mussell ve ark., 1996). Obez bireyler normal kilodaki yaşlarına göre bedenlerinden daha az hoşnut olsalar da, beden imajından tatminsizlik kiloya bakılmaksızın daha fazla depresif semptomla ve düşük benlik saygısıyla orta ve yüksek derecede ilişkili görünmektedir (Sarwer ve Thompson, 2002). Beden imajı tatminsizliği ve klinik açıdan önemli depresyon arasındaki ilişkinin yönü bilinmemektedir. Araştırmalar, depresif kişilerin bedenlerini depresif olmayanlara göre daha mı olumsuz bir şekilde değerlendirdiklerini, görüntüsünden hoşnutsuz olmanın depresyona yatkınlığı mı artırdığını, yoksa bir veya daha fazla faktörün depresyon ve beden imajı tatminsizliği riskini aynı anda mı artırdığını henüz kesin olarak belirleyememiştir (Fabricatore ve Wadden, 2003).

Silinmiş: 69)

#### 1.6.2.4. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)

Obezite ve psikopatoloji arasındaki ilişkide risk faktörü oluşturan diğer bir konu Tıkınırcasına Yeme Bozukluğudur. Tıkınırcasına yeme telafi edilmediği için kişinin şişmanlamasına neden olabilir. Alternatif olarak bazı kişiler obez olabilir, diyetle kilo kaybetmeye çalışır ve ciddi diyetin sonucu olarak tıkınırcasına yemeye başlayabilir. (Polivy ve Herman, 1985).

Popülasyon çalışmaları obez olan ve obez olmayan kişilerin psikolojik işlev bakımından farklılaşmadığını göstermektedir (Wadden ve ark., 1989; Wadden ve Stunkard, 1985). Ancak tıkınırcasına yiyen obezler standart psikopatoloji ölçümlerinde tıkınırcasına yemeyen obezlere göre daha fazla psikiyatrik hastalık, özellikle afektif ve kişilik bozuklukları göstermektedir (Kolotkin ve ark., 1987; Marcus ve ark. 1988; Marcus ve ark., 1990).

Tıkınırcasına yiyen obezler bireylerdeki artmış psikolojik stres, bu kişilerin anormal yeme davranışına katkıda bulunabilir veya yeme davranışının bir sonucu olabilir. Bu ilişki her neyse tedavi çalışmaları göstermiştir ki, tıkınırcasına yemedeki düşüşle birlikte depresyon da düşmektedir (Telch ve ark., 1990). Obezlerdeki tıkınırcasına yemeyle ilgili davranışsal ve psikososyal faktörlerin tanımlanması için daha fazla araştırmaya gerek vardır (Brownell, 1992).

#### 1.7. Obezitenin Tedavisi

Obezitenin tedavisi de nedenleri gibi karmaşık ve zordur. Hastalar çeşitli yöntemlerle kilo vermekte, ancak bir süre sonra verilen kiloları geri almaktadırlar. Dolayısıyla obezite tedavisindeki en büyük zorluk verilen kiloların korunmasında yaşanmaktadır. Bu yüzden tedavideki genel amaç enerji girdisini azaltarak vücuttaki yağ depolarının kullanılmasını sağlamakla birlikte verilen kiloların geri alınmamasına da yönelik olmalıdır.

**Silinmiş:** Çalışmamızın önemli bir bölümünü oluşturduğu için bu konu ileride daha ayrıntılı bir şekilde verilecektir. Şimdilik yalnızca konuyla ilgili kısa bir giriş yapılacaktır. ¶

¶ Obez bireylerin farklı yeme stillerinin (örneğin, hızlı yeme veya büyük lokmalar halinde yeme) bulunduğu dair çok az deneysel kanıt bulunduğu için Stunkard (1982) obez olan ve olmayan bireyleri ayıran çok az yeme stili farklılığı olduğu sonucuna varmıştır. Fakat daha sonra yapılan bazı çalışmalar bu bulguyla çelişmektedir. Kilo kontrol programlarına katılan obez bireylerin % 25-45'inin tıkınırcasına yeme problemleri olduğu bildirilmektedir (Marcus, Wing&Hopkins, 1988; Marcus, Wing&Lamparski, 1985; Spitzer ve ark. 1991; Telch, Agras&Rossiter, 1988-aktaran Brownell-Wadden, 1992). Bu tip kişiler bazı dönemlerde kısa sürede çok fazla yiyecek tükettiklerini ve yemeyi durduramadıklarını (yani kendilerini kontrol edemediklerini) belirtmektedirler. Tıkınırcasına yiyen obezler kusarak ya da laksatif kullanarak fazla yediklerini telafi etmezler, bu da onları bulimiyadan ayırır.

**Silinmiş:** rlar

**Silinmiş:** &

**Silinmiş:** , Foster, Stunkard&Linowitz

**Silinmiş:** &

**Silinmiş:** ,

**Silinmiş:** Revis, Kirkley&Janick

**Silinmiş:** , Wing, Ewing, Kern, Gooding&McDermott

**Silinmiş:** , Agras, Rossiter, Wilfley&Kenardy



Obezite tedavisinde kullanılan yöntemler arasında diyet tedavisi, egzersiz tedavisi, davranış tedavisi, ilaç tedavisi, cerrahi tedavi ve bu yöntemlerden bazılarının birlikte kullanılabilirdiği kombine tedaviler bulunmaktadır.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

## 2. TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın

### 2.1. Tanımı

Tıkınırcasına yeme ilk kez 1959 yılında Stunkard tarafından tarif edilmiştir. Bu sendromun en önemli özelliği tıknımadır ve bu da “belirli bir zaman içinde benzer koşullarda ve benzer sürede çoğu kişinin yiyebileceğinden daha fazla miktarda yemek” şeklinde tanımlanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994). Bazı obezlerde görülen bu davranış, çok büyük miktarlarda yiyeceğin kontrolsüzce tüketilmesi anlamına gelmektedir.

**Silinmiş:** ,”

**Silinmiş:** Derneği

### 2.2. Tanı Ölçütleri ve Sınıflandırılması

Bulimiya nervosaya eşlik eden kusma, müshil kullanımı, aşırı egzersiz ve aç kalmanın olmadığı tıkınırcasına yeme kavramı, 1992 yılında Spitzer ve arkadaşlarının önerisiyle geliştirilmiştir. Bu öneri yeme bozuklukları ile uğraşan çok sayıda klinik ve klinik olmayan verinin (1984 ve 1785 kişilik iki ayrı örneklem) toplanıp değerlendirilmesine dayandırılmıştır. Verilerin kabul edilebilir psikometrik özellikleri vardır ve hastalığın özellikleri açısından tutarlılık göstermektedir. Bu kişilerde yineleyici yeme atakları vardır, yeme üzerindeki kontrol kaybolmuştur ve yedikten sonra önemli derecede suçluluk hissi oluşur. Ama uygun olmayan telafi edici davranışlar yoktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994). İlk kez Spitzer ve arkadaşları (1992) tarafından önerilen tıkınırcasına yeme hastalığının tüm ölçütleri hâlâ kullanılmaktadır (Bkz. Tablo 1).

**Silinmiş:** iyordu

**Silinmiş:** Y

**Silinmiş:** r

**Silinmiş:** yordu

**Silinmiş:** APA 1994-sf 729-  
Tıkınırcasına Yeme Hastalığı ve  
Gece yeme Sendromu Albert J.  
Stunkard

**Silinmiş:**

**Silinmiş:** KZ

**Silinmiş:** ¶

Spitzer ve arkadaşlarının (1992) TYB'nin DSM IV'e dâhil edilmesi şeklindeki önerisinin dayandırıldığı neden, tıkınırcasına yeme konusunda belirgin bir sıkıntı yaşayan kişilerin çoğuna bulimiya nervosa tanısının konamamasıydı. TYB sendromu olan kişiler bulimik hastalar gibi tıkınırcasına yeme atakları yaşıyor, fakat

kusma, müşil kullanma, aç kalma veya aşırı egzersiz yapma gibi telafi edici davranışlar içine girmiyorlardı.

**Silinmiş:** .

TYB olan kişilerle, tıknırcasına yemeyen obez bireyler karşılaştırıldığında bunların obezitelelerinin daha şiddetli olduğu, aşırı kilo alımının erken yaşta başladığı, erkenden başlayan ve sıkça yapılan diyetlerin **bulunduğu** ve depresyon, madde bağımlılığı veya duygusal problemleri **de içine alan** psikopatolojileri daha sık gösterdikleri gözlenmiştir (Spitzer ve ark. 1992; Spitzer, Yanovski ve ark. 1993). Ancak bu bulgulara rağmen TYB, DSM IV'te resmi bir tanı olmayıp daha fazla araştırma gerektiren ve Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları Sınıfına dâhil edilmiştir.

**Silinmiş:** olduğu

**Silinmiş:** n de var olduğu

**Silinmiş:** Spitzer, Stunkard ve ark. 1993;

**Silinmiş:** -Tıknırcasına Yeme...)

#### **Tablo 1:** Tıknırcasına Yeme Bozukluğu için Önerilen Tanı Ölçütleri

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

A. Yineleyici tıknırcasına yeme nöbetleri. Bu nöbetlerin özellikleri şunlardır:

(1) Belirli bir sürede (örneğin herhangi bir 2 saat içinde) benzer şartlar altında ve benzer sürede başka birinin yiyebileceğinden daha fazla yiyecek yemek.

(2) Bu süre zarfında yeme üzerindeki hissin kaybolduğu hissi (örneğin tıknırcasına yemeyi durduramayacağı veya ne kadar yiyeceğini kontrol edemediği hissi).

B. Tıknırcasına yeme atakları aşağıdaki davranış göstergelerinden en az üçü (veya fazlası) ile ilişkilidir.

- (1) Olağandan çok daha hızlı yemek.
- (2) Rahatsızlık edici doyunluk hissi olana kadar yemek.
- (3) Açlık hissetmediği halde aşırı miktarda yemek yemek.
- (4) Aşırı yemekten utandığı için yalnız yemek.

(5) Tıkınırcasına yeme atağından sonra kendinden tikslenme, depresyon veya suçluluk hissinin ortaya çıkması.

C. Tıkınırcasına yeme atağının belirgin sıkıntı yaratması.

D. Tıkınırcasına yeme atakları altı aylık süre boyunca ortalama haftada en az iki defa görülür.

E. Tıkınırcasına yeme uygunsuz telafi edici davranışların (müşhil veya idrar söktürücü kullanımı, aç kalma, aşırı egzersiz) düzenli kullanımı ile birlikte görülmez.

TYB tanısının DSM IV'e dâhil edilmesiyle birlikte son on yılda bu konuyla ilgili pek çok araştırma yapılmış, aynı zamanda bu yeni tanının işe yararlığına dair çok sayıda önemli soru ortaya atılmıştır. Bu sorulardan bir tanesi TYB olan kişilerin tıkınırcasına yeme davranışı göstermeyen obez bireylerden farklı olup olmadığı yönündedir. Bir diğer soru TYB'nin yeni bir tanı mı, yoksa yalnızca bulimiya nervosanın bir alt tipi mi olduğu şeklindedir (Tuschen-Caffier, ve Schlüssel, 2005). Araştırmalar bu sorulara yanıt vermeye çalışmaktadır.

Tıkınırcasına yemeyi değerlendirmeye ilgili araştırmalar, birkaç nedenden dolayı önem taşır. Birincisi, böyle bir bilgi obezite tedavisinin bireysel hale getirilmesi için kullanılabilir. Bu tür bir değerlendirme yapılmadığında tedavinin odağıyla hastanın gereksinimleri arasında bir çatışma doğabilir. Örneğin, Wilson (1976), kullandığı uyaran kontrol prosedürlerinin tıkınırcasına yeme problemi olan obez kişilerin davranış tedavisinde etkisiz olduğunu iddia etmiştir. İkincisi, bu bilgiler sayesinde tedavi süresinde tıkınırcasına yeme davranışında meydana gelen değişiklikler ölçülebilmektedir. Son olarak da tıkınırcasına yemenin nedenleriyle ilgili araştırmalar sürdürülebilir (Gormally ve ark., 1982).

**Silinmiş:** yalnızca

**Silinmiş:** olanlardan

**Silinmiş:** B

**Silinmiş:** ,

**Silinmiş:** -Binge e.d. A new disorder or, Tıkınırcasına Yeme,

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** öyle

**Silinmiş:** 0

**Silinmiş:** -The Assessment of binge eating severity among obese persons

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

### 2.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Görülme Sıklığı

**Silinmiş:** nin

**Silinmiş:** Epidemiyolojisi

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun daha iyi tanımlanması prevalans çalışmalarını hızlandırmıştır. Çalışmalar henüz çok yenidir ve bu konuda farklı tahminler bulunmaktadır (Stunkard, 2003).

**Silinmiş:** nin

İlk büyük saha çalışmaları tedavi arayışı içindeki obez kişilerin % 29-30'unun ciddi tıkınırcasına yeme problemleri olduğunu bulmuştur (Spitzer ve ark. 1992). Bu çalışmalar hastaların doldurduğu anketlere dayanıyordu. Görüşme yoluyla tanının konduğu daha sonraki çalışmalarda prevalans daha düşük bulunmuştur. Örneğin, Stunkard ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 1450 kadının taranması sonucunda yalnızca 50 tanesinin tıkınırcasına yeme bozukluğu gösterdikleri bulunmuştur (Stunkard, Berkowitz, Tanrikut ve ark., 1996). Diğer çalışmalarda obezite tedavisi görmek isteyen kişilerde prevalans % 7.6 (Stunkard, Berkowitz, Wadden ve ark. 1996), % 8.9 (Basdevant ve ark., 1995) ve % 18.8 (Brody, Walsh ve Devlin, 1994) olarak bulunmuştur. Toplum çalışmalarında prevalans % 2 (bunların ancak yarısı obezdir) (Spitzer ve ark. 1992) ve % 1.8 (Bruce ve Agras, 1992) olarak bulunmuştur.

**Silinmiş:** , Reis ve Young

**Silinmiş:** t

**Silinmiş:** , Poillon ve Lahlon

**Silinmiş:** t

**Silinmiş:** ;

**Silinmiş:** (Stunkard, 2003).

ABD, Avrupa ve Avustralya'da yapılan çalışmalar, TYB'nin toplumda görülme sıklığının % 3'ten düşük olduğunu, ancak obezitenin derecesi arttıkça TYB'nin sıklığının da arttığını göstermektedir (Yanovski, 1999). Yanovski (1993) ve Fitzgibbon'a (1998) göre, bulimiya ve anoreksiyanın tersine TYB iki cinsiyette ve ırksal ve etnik azınlıklarda yaygın olarak görülmektedir (Yanovski ve ark., 2001).

**Silinmiş:** -National Institute of Child Health and Human Development

**Silinmiş:** B

**Silinmiş:** (Yanovski, 1993; Fitzgibbon, 1998 - National...)

Yalnızca birkaç epidemiyolojik çalışma, TYB'nin görülme sıklığını farklı popülasyonlarda araştırmıştır. Bu çalışmalar TYB'yi genel popülasyonda ve özel popülasyonlarda (örneğin, erkek, kadın, ergen ve obez popülasyonlarda) incelemiştir. Üç çalışma TYB'nin sıklığını genel popülasyonda araştırmıştır (Spitzer, Devlin ve ark., 1992; Spitzer, Yanovski ve ark., 1993; Hay, 1998). Spitzer ve arkadaşları ilk çalışmada % 3.3'lük, ikinci çalışmada % 2'lik bir görülme sıklığı

**Silinmiş:** , Walsh, Hasin, Wing, Marcus, Stunkard, Wadden, Yanovski, Agras, Mitchell, Nonas,

**Silinmiş:** Wadden, Wing,

bulmuştur. Avustralya’da yapılan toplumsal çalışmada nüfusun % 1’inde TYB bulunmuştur (Hay, 1998).

Diğer çalışmalarda Fransa, Norveç ve Avusturya’daki random kadın örneklemini incelenmiş ve sırasıyla % 0.7, 3.2 ve 3.3’lük bir oran bulunmuştur (Basdevant ve ark. 1995; Götestam ve Agras, 1995; Kinzl ve ark., 1999). İki çalışma, kız öğrencilerde yeme bozukluklarının görülme sıklığını araştırmış ve % 1 ve % 0.2’sinin TYB ölçütlerine uyduğunu bulmuştur (Rosenvinge ve ark., 1999; Cotrufo ve ark., 1998). Kinzl ve arkadaşları (1999), toplumdan alınan random erkek örnekleminde TYB sıklığını % 0.8 olarak bulmuştur. TYB iki cinsiyette eşit olarak dağılmış gibi görünmektedir (Spitzer, Yanovski ve ark., 1993; Hay, 1998; Striegel-Moore, 1995).

**Silinmiş:** Dingemans-2002,binge eatin disorder: a review).

**Silinmiş:** , Borgen, Borresen

**Silinmiş:** Barretta, Monteleone, Maj,

**Silinmiş:** (Kinzl, Traweger, Trefalt, Mangweth, Biebl, 1999)

**Silinmiş:** , Wadden, Wing,

En fazla incelenen popülasyon, zayıflama tedavisine giren obez yetişkinlerden oluşmaktadır. Bu popülasyonda görülme sıklığı büyük çeşitlilik göstermekte ve % 1.3 ile 30.1 arasında değişmektedir (Spitzer, Devlin ve ark., 1992; Spitzer, Yanovski ve ark., 1993; Basdevant ve ark., 1995; Ramacciotti ve ark., 2000; Ricca ve ark., 2000; Varnado ve ark., 1997). TYB obezite ve kilodaki iniş çıkışlarla ilişkilendirilmektedir (Fairburn ve ark., 1998; Spitzer, Yanovski ve ark., 1993.) Obezite arttıkça TYB’nin görülme sıklığı da artıyor gibi görünmektedir (Hay, 1998; Telch, Agras, Rossiter, 1988; Hay ve Fairburn, 1998). İncelenen bu farklı popülasyonlardaki obezite derecesi de büyük olasılıkla birbirinden farklıdır.

**Silinmiş:** , Walsh, Hasin, Wing, Marcus, Stunkard, Wadden, Yanovski, Agras, Mitchell, Nonas,

**Silinmiş:** Wadden, Wing,

**Silinmiş:** , Pouillon, Lahlou, Le Barzic, Brillant, Guy-Grand

**Silinmiş:** , Coli, Passaglia, Lacorte, Pea, Dell’Osso

**Silinmiş:** , Mannucci, Moretti, Di Bernardo, Zucchi, Cabras, Rotella

**Silinmiş:** Williamson, Bentz, Ryan, Rhodes, O’Neil, Sebastian,

**Silinmiş:** , Doll, Welch, Hay, Davies, O’Connor,

**Silinmiş:** , Wadden, Wing

**Silinmiş:** h

**Silinmiş:** ,

**Silinmiş:** Albus, Lichüblau, Kohle, Mann, Senf,

**Silinmiş:** , Bardini, Rica, Tesi, Piani, Vannini, Rotella

**Silinmiş:** ALbus, Wagener, Kocnar, Wagner, Henning, Best, Foerster, Schleppehoff, Thomas, Kohle, Mann, Senf,

olduğunda yeme bozukluklarında bir artış görülmemektedir (Nielsen ve Molbak, 1998).

**Silinmiş:** , Cochrane, Brewerton, 1998

Burada adı geçen bütün çalışmalar çinde bir tanesi hariç hepsinde TYB tanısı anketlere verilen yanıtlara dayanarak konmuştur. Üstelik örneklemelerin çoğunun küçük olduğu dikkati çekmektedir. Yalnızca Hay'in (1998) çalışmasında oldukça büyük (n=3000) bir örneklem kullanılmış ve TYB tanısı hem anket hem de görüşme yapılarak konmuştur.

**Silinmiş:** iri hariç

**Silinmiş:** da

**Silinmiş:** r

**Silinmiş:** Üstelik

**Silinmiş:** küçüktü.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada (Özbeç ve ark., 1999), tedavi arayışı içindeki obezlerde TYB sıklığı % 23 olarak bulunmuştur.

**Silinmiş:** Kaşıkçoğlu

**Silinmiş:** 8

Kızıltan ve arkadaşlarının (2005), üniversite öğrencileri arasında yaptığı taramada ölçülen TYB sıklığı % 23.1 olarak ifade edilmiştir. Bu çalışmada erkeklerin TYB sıklığı (%14.2) kadınlarınkinden (%8.9) daha fazla bulunmuştur.

#### 2.4. Tıkıncasına Yeme Bozukluğunun Etiyolojisi

Fairburn ve arkadaşları (1998), genel popülasyona dayalı, retrospektif bir çalışmada TYB için risk faktörlerini tanımlamayı amaçlamıştır. TYB bulunan kişilerle sağlıklı kontrolleri, başka psikiyatrik bozuklukları olan kişileri ve Bulimia Nervosa (BN) hastalarını karşılaştırmışlardır. Bulgular, TYB'nin gelişiminde genel olarak psikiyatrik bozukluklar için geçerli olan risk faktörlerinin etkili olduğu şeklindeki tahmini desteklemiştir.

**Silinmiş:** (Binge eating disorder: a review-dingemans)

**Silinmiş:** olan kişileri

**Silinmiş:** ¶

Ancak TYB'nin iki farklı alanda risk faktörlerine maruz kalmayla ilişkili olduğu gösterilmiştir: Psikiyatrik bozukluk ve obezite. BN hastalarının risk faktörleriyle karşılaştırıldığında TYB'nin risk faktörleri daha zayıf ve sınırlı olduğu belirtilmiştir. Ama sağlıklı deneklerle karşılaştırıldıklarında tıkıncasına yeme hastalarında ebeveyn depresyonunu nun daha fazla olduğu; obeziteye duyarlı oldukları; görünüm ve yeme hakkında olumsuz yorumlara maruz kaldıkları; hastalık derecesinde mükemmeliyetçi oldukları ve kendilerine bakış açılarının olumsuz

**Silinmiş:** ¶

**Silinmiş:** lumiya nervosalarının

**Silinmiş:** dır

**Silinmiş:** daha fazlaydı

**Silinmiş:** ydılar

**Silinmiş:** iyorlardı

**Silinmiş:** ydiler

olduğu saptanmıştır. Diğer psikiyatrik hastalıklarla karşılaştırıldıklarında ise görünüm, kilo ve yeme konusunda olumsuz yorumlar a daha fazla maruz kaldıkları ve çocukluk obezitesinin daha sık olduğu bildirilmiştir (Stunkard, 2003).

**Silinmiş:** olumsuzdu

**Silinmiş:** çocukluk obezitesinin ve

**Silinmiş:** ın

**Silinmiş:** Tıkınırcasına yeme bozukluğu, stunkard

TYB hastalarının aile özellikleri hakkında fazla bir şey bilinmemektedir. Bir çalışmada TYB olan kişilerin aile ortamları, sağlıklı kontrollere göre daha az destekleyici ve birbirine bağlı ve duyguların direkt ve açık bir şekilde ifadesine daha az fırsat verir şekilde tanımlanmıştır (Hodges ve ark., 1998).

Diyet yapmanın TYB için bir risk faktörü olduğu konusu oldukça fazla ilgi görmüştür. Herman ve Polivy'ye (1980, 1990) göre, tıkınırcasına yeme, diyetin bir sonucu du (Stunkard, 2003), Ayrıca diyetin tıkınırcasına yeme için bir "ön koşul" olduğu (Marcus ve ark. 1988) ve kilo verme gayretlerinin tıkınırcasına yemeyi alevlendirebileceği (Garner ve Wooley, 1991; Polivy ve Herman, 1985) iddia edilmiştir. TYB için tanı ölçütü yeme davranışını ve tıkınırcasına yemeye ilgili duyguları içermekte ve anoreksiya nervosa ve bulimiya nervosanın aksine beden imajında ki, çarpıtmayı veya belirgin sıkıntıyı göz önünde bulundurmamaktadır. Son on yıl içindeki literatür göstermektedir ki TYB olan kişiler obez popülasyonun belirgin bir alt grubunu oluşturmakta ve tıkınırcasına yemeyen obez kişilere göre daha fazla psikolojik sıkıntı (örneğin, depresyon, anksiyete, madde kullanımı ve kişilik bozukluğu) yaşamaktadır (Schwartz ve Brownell, 2003).

**Silinmiş:** Bundan dolayı

**Silinmiş:** nin

**Silinmiş:** olduğu (Herman ve Polivy, 1980-1990),

**Silinmiş:** diyetin

**Silinmiş:** eki

**Silinmiş:** gösteren

**Silinmiş:** (Dingemans ve ark. 2002; Schwartz ve Brownell, 2000; Yanovski ve ark. 1993). ¶

Diyetin TYB için bir risk faktörü olabileceğine yönelik ilgi BN'ye olan benzerliğinden kaynaklanmaktadır. Polivy ve Herman'a (1985) göre BN'nin başlangıcında diyet vardır, Hem TYB'de hem de BN'de, tıkınma davranışı bulunduğu için, diyetin tıkınırcasına yemenin de başlangıcında var olduğu iddia edilmiştir. Bu iddialar birçok araştırmaya konu olmuş, özellikle diyetin mi tıkınmadan önce geldiği, yoksa tıkınmanın mı diyetten önce geldiği üzerine odaklanılmıştır.

**Silinmiş:** in olduğu söylenmiştir (Polivy ve Herman, 1985; Polivy, Herman, Olmsted ve Jazwinski, 1984)

**Silinmiş:** ve her ikisinde de

**Silinmiş:** olduğu için

**Silinmiş:**

Araştırmalara bakıldığında, BN söz konusuysa, çoğu hastada diyet tıkınırcasına yemeden öne başlamaktadır (Mussell, ve ark., 1995; Marcus ve ark., 1995; Haiman ve Devlin, 1999). TYB olan kişilerdeyse tıkınırcasına yeme diyetten

**Silinmiş:** (

**Silinmiş:** olduğunda

**Silinmiş:** ıştır

**Silinmiş:** 25, 26, 27)

**Silinmiş:** Çalışmalara göre

önce başlamaktadır (Grilo ve Masheb, 2000; Abbott ve ark., 1998; Spurrell ve Ark., Mussell ve ark., 1995). Diyet yapma TYB'nin etiyojisinde rol oynuyor gibi görünmektedir, ama araştırmalar diyetin BN'de olduğu gibi TYB'nin anahtar faktörü olmadığını göstermektedir (Howard ve Porzelius, 1999). Önce tıknırcasına yemeye başlayan grup, tıknırcasına yediği için diyete başlamaktadır, diyet yaptığı için tıknırcasına yemeye değil (Abbott ve ark., 1998). Diyetten önce tıknırcasına yemeye başlayan kişilerde tıknırcasına yeme kilo alımına götüren birincil semptom gibi görünmektedir. Obezite, tıknırcasına yemenin başlamasından birkaç yıl sonra gelişmektedir. (Haiman ve Devlin, 1999; Mussell ve ark. 1995).

Silinmiş: 28, 29, 30, 31).

Silinmiş: 32

Silinmiş: 29

Silinmiş: .

Silinmiş: 27, 31

Bazı çalışmalar TYB'nin etiyojisiyle ilgili olabilecek genetik faktörler, ırksal ve etnik etkiler ve mizaç ve karakter özellikleriyle ilgili yeni bilgiler sağlamıştır.

## 2.5. Genetik Faktörler

Genetik faktörler yalnızca obezitenin değil TYB'nin başlamasında da önemli bir rol oynuyor olabilir. Bulik ve arkadaşları (2003), popülasyona dayalı 2163 kadın ikizden oluşan bir örneklemede obezite ve tıknırcasına yeme davranışı (TYB ölçütlerinin hepsine uymayanlar) için genetik ve çevresel risk faktörleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. İkiz çalışmaları, obezite için güçlü, tıknırcasına yeme için orta derecede genetik geçiş özelliği, bu iki özellik arasında da düşük seviyede genetik ilişki bulmuştur. Araştırmacılar, tıknırcasına yeme ve obezitenin kalıtsal şartlar olduğu sonucuna varmış, bu iki duruma yatkınlığı, artıran genetik risk faktörlerinde yalnızca düşük seviyede bir örtüşme göründüğünü ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar 1998'de Sullivan ve arkadaşları tarafından bildirilen bulgulara uymaktadır. Sullivan ve arkadaşlarına göre tıknırcasına yeme çevrenin biraz katkıda bulunduğu orta derecede kalıtsal bir özelliktir.

Silinmiş: 32-aktaran Binge eating disorder-Pull)

Silinmiş: P

Silinmiş: Yazarlar

Silinmiş: ve

Silinmiş: her şarta eğilimi

Silinmiş: var gibi

Silinmiş: sonucuna varmıştır

Silinmiş: S

Silinmiş: (33)

Silinmiş: r sonuçlara



## 2.6. Irksal/Etnik Etkiler

Yeme bozuklukları araştırılırken farklı ırksal/etnik etkilerin göz önünde bulundurulması gereklidir. Toplumda dayalı bir çalışmada Pike ve arkadaşları (2001), TYB olan 52 siyah kadını 98 beyaz kadınla karşılaştırmıştır. Beyaz kadınların geçmişinde bulimiya nervosa bulunma olasılığı zenci kadınlara göre sekiz kat daha fazlaydı. TYB olan zenci kadınlar, beyaz kadınlara göre bir haftada daha fazla tıkmırcasına yeme epizodu, daha az diyet kısıtlaması ve yeme, kilo ve vücut şekliyle ilgili daha az endişe bildirmiştir.

Silinmiş: 35

Silinmiş: olma

Silinmiş: (Pull)

## 2.7. Mizaç ve Karakter

Fassino ve arkadaşları (2002), Temperament and Character Inventory kullanarak TYB olan ve olmayan obez kadınlarda mizaç ve karakter özelliklerini araştırmıştır. TYB olan obez hastalar ve TYB olmayan obez hastalar benzer bir kişilik profili sergilemiş, yalnız TYB olan obez hastalar kendi kendilerini yönlendirme (self-directedness) konusunda daha düşük skor almışlardır.

Silinmiş: 36

Silinmiş: Mizaç ve Karakter Envanterini (

Silinmiş: )

Silinmiş: self-directedness'da

## 2.8. Diğer Risk Faktörleri

Tıkmırcasına yeme için risk faktörlerini araştıran prospektif bir çalışmada 13-17 yaşları arasında bulunan 321 kızla araştırmanın başında, 10 ay sonra ve 20 ay sonra görüşmeler yapılmıştır. Stice ve arkadaşları (2002), bu çalışmada tıkmırcasına yeme için birkaç risk faktörü belirlemiştir: olumsuz duygulanım, zayıf olma baskısı, duygusal yeme, görüntüye aşırı değer verme, bedensel tatminsizlik, beden kitlesi, artmış diyet, depresif semptomlar ve düşük sosyal destek.

Silinmiş: 37

Silinmiş: ü

Silinmiş: lendirme

Grilo ve Masheb (2001), tarafından gerçekleştirilen retrospektif bir çalışmada birbiri ardına kabul edilen 145 TYB hastasının büyük bir çoğunluğunun (% 83) çocuklukta kendilerine kötü davranıldığını belirttikleri bulunmuştur. Bu kötü davranışlar arasında duygusal taciz (% 59), fiziksel taciz (% 36), cinsel taciz (% 30), duygusal ihmal (% 69) ve fiziksel ihmal (% 49) bulunmaktaydı.

Silinmiş: 38

Bir başka retrospektif çalışmada Striegel-Moore ve arkadaşları (2002), toplumdaki 18-40 yaşları arasında olan ve TYB tanısı alan 162 kadın ile 251 sağlıklı kontrol grubunu çocuklukta cinsel ve fiziksel taciz, akranlar tarafından baskı görme ve etnik kökenli ayrımcılık bakımından karşılaştırmışlardır. TYB olan kişiler, sağlıklı kişilere göre daha yüksek oranda cinsel taciz, fiziksel taciz, akran baskısı ve ayrımcılık gördüklerini belirtmişlerdir. TYB olan zenci kadınlarda cinsel taciz, fiziksel taciz ve akran baskısı sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulunmuştur, ama ayrımcılık için aynı şey geçerli değildir.

Silinmiş: 1
Silinmiş: 39
Silinmiş: ki
Silinmiş: olan
Silinmiş: ı ve
Silinmiş: kişilik
Silinmiş: kişisini

## 2.9. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Özellikleri

TYB'nin özellikleri hem obeziteye hem de BN'ye benzer. TYB'nin en önemli özelliği, aynı zamanda BN için de esas ölçüt olan tıkınırcasına yeme epizodlarının bulunmasıdır.

Silinmiş: bulimiya nervosa da
Silinmiş: t
Silinmiş: olmasıdır
Silinmiş: ,

Tıkınırcasına yeme bozukluğuyla ilgili bulgular, obez kişilerin kilolarının yanı sıra yeme bozukluğu problemlerinin olup olmasına göre değerlendirilmeleri gerektiğini göstermektedir. Obez bireylerin çoğunda yeme bozukluğu yoktur ve normal popülasyonda veya klinik ortamında olsun bu kişilerin psikolojileri genelde normal görünmektedir (Brownell ve Wadden, 1992). Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kişilerde psikolojik komplikasyon olasılığı daha yüksektir. Bu kişilerin genel popülasyonda olmaları ya da klinik ortamda bulunmaları bu gerçeği değiştirmektedir (Friedman ve Brownell, 1995).

Silinmiş: 1; Friedman ve Brownell, 1995
Silinmiş: z
Silinmiş: y
Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın, İtalik Değil
Silinmiş: b
Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın, İtalik Değil
Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın, İtalik Değil
Silinmiş: olan
Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın, İtalik Değil
Silinmiş: olmayan

### 2.9.1. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Bulunduğu ve Bulunmadığı Obezite

Yanovski (2002), TYB'de daha fazla yağlanmanın söz konusu olduğu, TYB'nin obez kişilerde yaygın olarak görülen ciddi bir problem olduğu ve tedavi arayışındaki obez hastaların üçte birini etkilediği gösterilmiştir (Kohlmaier, 2003).

Silinmiş: o
Biçimlendirilmiş: Girinti: İlk satır: 0 nk
Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın, İtalik Değil
Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın, İtalik Değil
Silinmiş: nın
Silinmiş: ve
Silinmiş: ,
Silinmiş: Yanovski, 2002-tez-a path analysis

TYB olan obez hastaların benlik saygısının, TYB olmayan obez hastalara göre daha düşük, depresif semptomlarının daha fazla olduğu ifade edilmektedir; aynı

zamanda bu kişilerde daha fazla eşlik eden psikiyatrik bozukluk, özellikle duygulanım ve kişilik bozuklukları bulunmaktadır, (de Zwaan ve Mitchell, 1992; Mitchell ve Mussell, 1995; Yanovski ve ark., 1993; Kuehnel ve Wadden, 1994; Striegel-Moore ve ark., 1998; Telch ve Stice, 1998), TYB olan kişiler daha fazla diyet kısıtlaması (Marcus ve ark., 1985; Wadden ve ark., 1992), vücut şekli ve zayıflıkla ilgili aşırı endişe, açlık ve doymayla ilgili duyuları yorumlamada zorluk (Kuehnel ve Wadden, 1994) bildirmektedir. Bu kişilerin, TYB olmayan obezlere göre daha küçük yaşta kilo almaya (Spitzer ve ark. 1992), ve diyet yapmaya başladıkları, kilo vermek için daha fazla boş girişimde (Howard ve Porzelius, 1999; Kuehnel ve Wadden, 1994; de Zwaan ve ark., 1994; Grissett ve Fitzgibbon, 1996) buldukları ifade edilmektedir, TYB olan aşırı kilolu kişiler kendilerini, tıknırcasına yemesi olmayan aşırı kilolu insanlara göre daha fazla kilolu ve şişman olarak görmektedirler (Mussell ve ark., 1996).

Silinmiş: komorbid

Silinmiş: ,

Silinmiş: 33, 34, 35, 36, 37, 38

Silinmiş: 39, 40

Silinmiş: 36, 41)

Silinmiş: 4)

Silinmiş: 32, 36, 43, 44-  
dingemans

Silinmiş: dilmektedir

Silinmiş: 45

Silinmiş: 46)

Silinmiş: İ

Silinmiş: laboratuarda yiyecek  
alımını incelemiştir

Silinmiş: 47,48).

Silinmiş: yalnızca obez  
olanlardan

Silinmiş: ydı

Silinmiş: ,

Silinmiş: fazlaydı

Silinmiş: . TYB olan denekler

Silinmiş: iyordardı

Silinmiş: .

Silinmiş: t

Silinmiş: du

Silinmiş: .

Silinmiş: A

Silinmiş: iyordu

Silinmiş: 49.50

Silinmiş: iyor gibiydi,  
obezitenin derecesiyle birlikte  
değil

Silinmiş: 18).

Silinmiş:

Silinmiş: ydı

Silinmiş: 51

Silinmiş: ¶

Bazı çalışmalarda TYB olan kişiler kilolarını doğru bir şekilde bildirmektedir. Hatta bazılarında kilolarını olduğundan az gösterme bile söz konusudur (Masheb ve Grilo, 2001).

Laboratuarda yapılan ve yiyecek alımını inceleyen iki çalışmada (Goldfein ve ark., 1993; Yanovski ve ark., 1992), TYB olan obez deneklerin enerji alımının yalnızca obez olanlardan daha fazla olduğu. TYB olan deneklerin enerji alımının, tıknırcasına yemedikleri günlerde bile, bu bozukluğu olmayan kişilere göre daha fazla olduğu; TYB olan deneklerin daha fazla tatlı ve az proteinli, fazla yağlı abur cuburları tüket tikler; TYB olan deneklerde toplam kalori alımının daha fazla ve bu epizodların süresinin daha uzun olduğu; ayrıca TYB olan ve olmayan denekler için enerji alımının obezitenin derecesiyle birlikte arttığı saptanmıştır (Mitchell ve ark., 1998). Psikopatolojinin derecesinin ise obezitenin derecesiyle birlikte değil tıknırcasına yemeyle birlikte arttığı bildirilmiştir, (Hay ve Fairburn, 1998). Ayrıca obez TYB hastalarının normal kilodaki TYB hastalarından anlamlı ölçüde daha yaşlı olduğu bulunmuştur. Bu da tıknırcasına yemenin kilo alımı veya obezitede risk faktörü olduğunu düşündürmektedir (Masheb ve Grilo, 2000).

## 2.9.2. Bulimiya Nervosa ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın, İtalik Değil

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 0 nk

TYB ölçütleri BN ölçütlerinden alınmıştır. TYB ve BN'yi karşılaştıran araştırmaların çoğu, BN'nin çıkartan ve çıkartmayan alt tipleri arasında bir ayırım yapmayan DSM III-R'deki BN ölçütlerini kullanmaktadır. DSM IV ise bu alt tipler arasında ayırım yapmaktadır. Çıkartan bulimikler tıkınırcasına yemeyi telafi etmek için kendilerini kusturmakta, müşil ve idrar söktürücüleri kötüye kullanmakta veya lavman uygulamaktadırlar. Çıkartmayan bulimikler ise aç kalmak veya aşırı egzersiz gibi uygun olmayan telafi edici davranışları kullanmaktadır (Dingemans ve ark., 2002). Birkaç çalışma TYB hastalarıyla çıkartan BN hastalarını (Mussell ve ark., 1995; Goldfein ve ark., 1993; Marcus ve ark., 1992; Kirkley ve ark., 1992; Fichter ve ark., 1993; Raymond ve ark., 1995; Tobin ve ark., 1997; Mitchell ve ark., 1999), ve bazı çalışmalar TYB hastalarıyla çıkartmayan BN hastalarını karşılaştırmıştır (Hay ve Fairburn, 1998; Santonastaso ve ark., 1999). Bu çalışmaların sonuçlarını doğru bir şekilde yorumlamak için DSM'nin hangi versiyonunun kullanıldığını bilmek gerekir. DSM III-R'ye göre tespit edilen BN hastalarını TYB hastalarıyla karşılaştıran çalışmalarda TYB olan denekler yeme örüntüleri ve kiloları konusunda daha az kaygılı görünmekte, kilolu olma konusunda daha az suçluluk duymakta, yeme davranışlarıyla daha az ilgilenmekte, kendilerine dair görüşleri daha olumlu görünmekte, içsel durumlarını daha iyi algılayabilmekte, sosyal açıdan daha uyumlu ve kişilerarası ilişkilerini sürdürmede daha rahat görünmektedirler (Raymond ve ark., 1995). TYB olan hastalarda diyet kısıtlaması BN olanlara göre daha azdır (Masheb ve Grilo, 2000). TYB hastaları, çıkartan ve çıkartmayan BN (DSM IV) hastalarına göre daha az sayıda eşlik eden psikiyatrik semptom göstermektedir. (Tobin ve ark., 1997). Ancak Marcus ve arkadaşları (1992) tıkınırcasına yeme için tedavi arayan obez kadınların, normal kilodaki BN (DSM III-R) hastalarıyla kıyaslanabilecek ölçüde yeme bozukluğu psikopatolojisi gösterdiklerini bulmuştur. Bu çalışmada çıkartmayan bulimikler ve TYB hastaları, psikiyatrik semptomlar, tıkınırcasına yeme sıklığı ve dürtüsellik gibi klinik ve psikolojik özellikler bakımından birbirinden farklılaşmıyordu. Ancak TYB grubu pek çok değişken bakımından anlamlı derecede daha fazla farklılık göstermektedir (Santonastaso ve ark., 1999).

**Silinmiş:** dingeman, bruna

**Silinmiş:** 31,47, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58)

**Silinmiş:** 18, 56, 59

**Silinmiş:** 55

**Silinmiş:**

**Silinmiş:** 51

**Silinmiş:** .

**Silinmiş:** 56

**Silinmiş:** , 52)

**Silinmiş:** Ç

**Silinmiş:** ıyör gözükmektedir

**Silinmiş:** değişkenlik

**Silinmiş:** 59

Tıkınırcasına yeme epizodu sırasında alınan enerji miktarı BN (DSM III-R) ve TYB için farklılık göstermektedir. Bir çalışmada laboratuvar deneklerine dondurmayı tıkınırcasına yemeleri söylenmiştir. Sonuçta BN (DSM III-R) denekleri normal kilodaki sağlıklı kontrollerin dört katı dondurma tüketmiştir (LaChaussee ve ark., 1992). Aynı araştırma grubu, TBY deneklerinin BN deneklerinin yediğinin yarısı kadar dondurma yediklerini bildirmiştir (Goldfein ve ark., 1993).

Silinmiş: L

Silinmiş: 58)

Silinmiş: 47

Bir çalışma TYB ve BN hastaları tarafından bildirilen tıknımaların nitelik ve niceliğini karşılaştırmıştır (Fitzgibbon ve ark., 2000). BN deneklerinin tıknıma nöbetleri sırasında TYB deneklerine göre daha fazla karbonhidrat ve şeker aldıkları bildirilmiştir. Tüketilen kalorilerin ortalama miktarı bakımından ise bir fark bulunmuyordu.

Silinmiş:

Silinmiş: 60

TYB, BN ve obeziteyi karşılaştıran çalışmalar (Howard ve Porzelius, 1999; Kirkley ve ark., 1992; Fichter ve ark., 1993), TYB deneklerinin sergiledikleri psikopatoloji düzeyinin, BN deneklerinin aldıkları en yüksek puanla, tıkınırcasına yemeyen obezlerin aldıkları en düşük puan arasında bir yere düştüğünü göstermektedir. Ancak TYB deneklerinin özellikleri obez kişilerden çok BN deneklerinininkiyle benzerlik göstermektedir (Dingemans ve ark., 2002).

Silinmiş: 32, 53, 54

Silinmiş: ,

Silinmiş: düşük

Silinmiş: yüksek

Silinmiş: d

Araştırmalar ayrıca Tıkınırcasına Yeme Bozukluklarının, BN çıkartan tipte (en ciddi) başlayıp, BN çıkartmayan tipten (orta ciddiyet) geçerek TYB'yle (en az ciddi) sona eren klinik spektrumda var olduğunu göstermektedir (Hay ve Fairburn, 1998).

Silinmiş: YB'nin

Silinmiş: ip

Silinmiş:

Silinmiş: yer aldığı

Silinmiş: 18

## 2.10. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Seyri

TYB'nin doğal seyri konusunda çok az şey bilirse de elde edilen veriler TYB'nin iyileşme olasılığı olan dengesiz bir bozukluk olduğunu göstermektedir (Pull, 2004). İki çalışma genel popülasyonda TYB'nin seyrini incelemiştir, Fairburn ve arkadaşları (2000), 102 TYB hastasını 5 yıl boyunca izlemiştir. Bu 5 yılın sonunda deneklerden yalnızca % 10'u hâlâ TYB ölçütlerini karşılıyordu (1 denek (%3) BN ölçütünü

Silinmiş: (dingeman)

Silinmiş: 88

karşılıyor, 2 denek (%5) başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu (EDNOS) ölçütlerine uyuyordu. Toplamda % 18'lik bir grubun klinik ciddiyete sahip yeme bozukluğu kalmış, ilk grubun %77'si tıknırcasına yemeden kurtulmuştu (yani bulimik epizodları kalmamıştı). Ancak grup 5 yılın sonunda daha ağırlaşmıştı ve büyük bir bölümünün BKİ'si 30'un üzerindeydi. Baştaki obezite oranı % 22'yken, 5 yılın sonunda % 39'a ulaşmıştı. 5 yıl içinde grubun yalnızca %8'inin tedavi aldığı düşünülürse bu iyileşme oranının çok ilginç olduğu kabul edilmelidir (Dingemans, 2002).

Silinmiş: )

Silinmiş: vardı. 5 yılın sonunda

Silinmiş: .

Cachelin ve arkadaşlarıysa (1999), genel popülasyondaki TYB olan kadınları 6 ay boyunca incelemiştir. 6 aylık izleme çalışmasının sonunda bu kadınların %52'si TYB'nin bütün semptomlarını sergiliyorlardı, % 48'i ise kısmi iyileşme göstermişti.

Silinmiş: 8

Fichter ve arkadaşları (Fichter ve ark., 1998), TYB olan 68 kadının yoğun hastane tedavisinin seyir ve sonucunu 6 yıllık bir süre boyunca değerlendirmiştir. Bu hastaların büyük çoğunluğu tedavi sırasında önemli derecede iyileşme kaydetmiş, tedavi bittikten sonraki ilk 3 yılda hafif (çoğu durumda anlamsız) bir düşüş görülmüş, tedaviden sonraki 4, 5 ve 6. yılda biraz daha iyileşme ve stabilizasyon izlenmiştir. 6 yıllık izlemin sonunda hasta grubunun yalnızca % 6'sının TYB ölçütüne uyduğu görülmüştür. Toplamda grubun % 20'si DSM IV'e göre bir yeme bozukluğu ölçütlerine uymuştur.

Silinmiş: 90

Silinmiş: ,

Silinmiş: bazı vakalarda

Silinmiş: ,

Silinmiş: uyordu

Sözü edilen bu çalışmalar sonucunda tedavinin TYB'yi kötüleştirdiği, çünkü tedavi olmayan kişilerin daha fazla iyileştiği şeklinde bir çıkarım yapılabilir. Ancak şu unutulmamalıdır ki, tedavi olmak isteyen TYB hastalarının genel popülasyondaki TYB olan kişilerden daha ciddi problemleri vardır (Fairburn, 1996).

Silinmiş: daha fazla

Silinmiş: nin

Silinmiş: TYB için

Silinmiş: kişilerden

Silinmiş: 91

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil

## 2. 11. Tıknırcasına Yeme Bozukluğunu Açıklamaya Yönelik Modeller

Spesifik olarak tıknırcasına yeme bozukluğunu açıklayan bir model olmadığı için bu bozukluğu genel olarak yeme bozukluğu ölçütü içinde ele alacağız.

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil

### 2.11.1. Psikodinamik Model

Bu modele göre yeme bozukluğu olan hastalar, yaşam sorunlarını çözmek amacıyla yeme fonksiyonunu hatalı olarak kullanırlar. Davranışın psikodinamik görüşü, içsel çatışmaları, güdeleri ve bilinçaltı güçleri vurgular. Bütün psikodinamik kuramların ortak özelliği bozulmuş davranışın altta yatan nedenleriyle ilgilenip onları çözmeden, davranışın bir süre için azalsa da çoğunlukla tekrarlanacağı şeklindeki düşüncedir ([çevrimiçi, 2006](#)).

Erken psikanalitik kuramlar yeme bozukluklarını cinsel dürtülerin baskılanması ve cinsel içgüdünün yeme davranışıyla eşlenmesi şeklinde açıklamıştır (Batur, 2004). Genital anlamda yeme eyleminin bilinç dışı anlamı genellikle gebe olmadır. Dolayısıyla açlık oral yoldan hamile kalma fantezisine karşı bir savunma olarak kabul edilmektedir (Goodsitt, 1983). Bu görüşe göre Anoreksiya Nervosa'da (AN) cinselliğe ve gebe kalmaya, büyümeye ve anneden ayrılmaya, bireyselleşmeye karşı aşırı korku gibi temel çatışmalar yaşanmaktadır. Öztürk'e (1994) göre bu hastalar ergenlik çağında göğüsleri, kalçaları normal olarak gelişen, cinsel istekleri bulunan genç kız olmaya ve böyle görünmeye aşırı bir direnç göstermektedirler. Bu yüzden beslenmeyip zayıf kalarak cinsel çekicilikten ve cinsel isteklerden arınmış olmaktadır (Batur, 2004).

Modern psikanalitik açıklamalar sembolizasyondan uzaklaşıp çocuk-ebeveyn arasındaki ilişkiye odaklanılmışlardır. 1960'larda AN gruplandırılmaya başlanmıştır. 1969'da Dally, AN tanısı almış 140 kadın hastasını etiyolojik olarak histerik, obsesif ve karışık tip olarak üçe ayırmıştır. Usakov, AN'yi zayıf olma arzusu olarak tanımlarken Selvini bedeninin yıkılmaz ve tehditkâr olarak algılandığını ve beden üzerine kontrolün artmış olduğunu vurgulamıştır. Son 30 yılda ise bu alanda önemli çalışmalar yapan Hilde Bruch, vurguyu anne-çocuk üzerine yapmış, "hayranlık uyandırmak için", "en zayıf ve en güzel olmak için rekabet duygusu" tanımlarını ortaya atmıştır. Bruch (1984) AN'de üç psikolojik bozukluk tanımlamıştır: a) Beden imajı bozukluğu; b) Bedenden gelen duyuları doğru bir şekilde algılama ve yorumlamada bozukluk; c) Tüm düşünce ve etkinliklerde kendini gösteren felç edici

**Silinmiş:** Meyer ve Weinworth, yeme bozukluklarını ödipal çatışmaların hatalı değerlendirilmesine; Nemiah, annenin koruyucu tutumuna, bağımlılığa, sorgusuz itaat ve pasifliğe; Boskind ve Lodahl AN'de baba ile güçlü özdeşim ve hastalanmadan önce annelerinden daha güzel olma isteğine, Bemporad ve Rately baba-kız ilişkisindeki aksaklıklara bağlarken; Meng AN'yi "organizmanın psikozu" olarak tanımlayarak ego yapısındaki bozulma üzerinde durmuş; Eissler, anne-çocuk ilişkisinden bahsederek AN'de anneye bağımlılığın, ego bozulmasına yol açtığını söylemiştir. ¶

**Silinmiş:** ,"

**Silinmiş:** o

bir yetersizlik duygusu. Bruch bu yetersizlik duygusunu AN'nin çekirdek psikopatolojisi olarak kabul etmiştir (Harding ve Lachenmeyer, 1986).

Bu dönemde BN ve AN arasındaki ayrımlar üzerinde de durulmuştur. BN hastaları yeme krizi ve mideyi boşaltma çabaları ve normal kiloda olmalarıyla AN hastalarından ayrılmışlardır. Bruch'a göre anoreksikler katı disiplinli, ancak bulimikler impulsif davranan, sorumsuz ve disiplinsiz kişilerdir. Mintz ise bu iki hastalığı madalyonun iki yüzüne benzetmiştir.

Benliğin gelişimindeki bozukluklar da yeme bozukluklarının oluşumuna ve sürdürülmesine katkıda bulunan önemli faktörler olarak tanımlanmıştır. Bu yüzden tutumsal ve davranışsal değişiklikleri sağlamak için yapılan müdahalelerde bunlar da önemli odak noktaları olmaktadır (Stein ve Nyquist, 2001).

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

### 2.11.2. Davranışçı Model

**Silinmiş:** ler

Hastalığın sürdürülmesini açıklamak için önce yalnızca davranışçı modeller ortaya atılmıştır. İleri sürülen ilk davranışçı açıklamalardan biri, kusmanın tıknırcasına yemeye ilişkili anksiyeteyi azalttığı için olumlu olarak pekiştirildiği şeklindedir (Rosen ve Leitenberg, 1982). Bu davranışçı model, bulimiya nervosanın sürdürülmesinin yalnızca bir kısmını açıklamakta ve psikososyal ve bilişsel faktörlere hitap etmemektedir.

**Silinmiş:** &

### 2.11.3. Bilişsel-Davranışçı Modeller

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** ¶  
¶  
¶

Bilişsel Davranışçı modellerin iki amacı vardır. Birincisi, bozukluğun en önemli bilişsel ve davranışsal özelliklerinin gelişimini veya sürdürülmesini anlamaya yönelik yollar sağlamak, ikincisiyse bozukluğa ait tedavileri geliştirmektir. Bilişsel Davranışçı model, davranışların ardında duyguların, duyguların ardında da düşüncelerin bulunduğunu öne sürer. Burada yapılması gereken şey uyumsuz düşüncelerin bulunup yerine cesaret verici ifadelerin konmasıdır. Örneğin,

**Silinmiş:** -d

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 35,4 nk

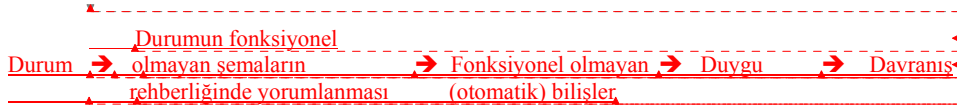
**Silinmiş:** ¶  
¶



“Çabalarım bir işe yaramıyor. Benim kaderim şişmanlık,” diyen bir TYB hastası cesaretini kaybedip tekrar yeme krizine girebilir. Teorinin temeli özdeki bu olumsuz düşünceyi bulup yerine olumluyu yerleştirmeye dayanır.

Bilişsel tedavinin babası Aaron Beck’e göre fonksiyonel olmayan bilişsel şemalar bazı psikopatoloji biçimlerinin temelini oluşturur (Werrij, 2005). Bu bilişsel şemalar bilgiyi organize eden zihinsel ve gelen enformasyonla (yani, durumla) harekete geçirilen zihinsel çerçevelerdir. Bu fonksiyonel olmayan şemaların harekete geçirilmesi, fonksiyonel olmayan bilişlerle sonuçlanır ve sonunda onlar da otomatik ve kontrol edilemez hale gelir. Buna karşılık fonksiyonel olmayan bu bilişler, duygulara ve fonksiyonel olmayan davranışlara yol açar. Bilişsel kuram şematik olarak aşağıdaki gibi temsil edilebilir:

Şekil 1: Bilişsel kuramın şematik temsili (Werrij, 2005)



Beck, bilişsel terapinin fonksiyonel olmayan bilişleri değiştirmeyi amaçladığını ifade eder (Werrij, 2005). Her psikopatolojik bozukluk kendi spesifik şemaları ve otomatik düşünceleriyle karakterize olur. Örneğin depresyon kişinin kendisi, dünyası ve geleceği hakkındaki olumsuz şemaları devam ettirmesiyle sürer. Anksiyete bozuklukları tehlikeyle ilgili şemalarla, panik bozukluksa bedensel duyuların aşırı tehdit edici bir şekilde algılanmasıyla karakterize olur. Bu bozuklukların her biri için oluşturulan özel bilişsel teori, belirli bir bilişsel davranışçı tedavi için dayanak noktası sağlar (Cooper ve Fairburn, 2001.)

Fonksiyonel olmayan tutumların bozulmuş yeme davranışı (Cooper ve Fairburn, 1992) ve obezite (Nauta ve ark., 2000) üzerinde de önemli bir rol oynadığı

- Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 35,4 nk, İlk satır: 0 nk
- Silinmiş:** rapinin
- Silinmiş:** e
- Silinmiş:** dis
- Silinmiş:** babasıdır
- Silinmiş:** Marieke...)
- Silinmiş:** ve
- Silinmiş:** irilen zihinsel çerçevelerdir.
- Silinmiş:** işlevsel
- Silinmiş:** işlevsel
- Silinmiş:** (düşüncelerle)
- Silinmiş:** işlevsel
- Silinmiş:** işlevsel
- Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 0 nk
- Silinmiş:** ¶
- Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk
- Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 35,4 nk, İlk satır: 0 nk, Satır aralığı: tek
- Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk
- Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 0 nk, Satır aralığı: tek
- Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk, Yazı tipi rengi: Siyah
- Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk
- Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk
- Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk, Yazı tipi rengi: Siyah
- Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk, Yazı tipi rengi: Siyah
- Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk
- Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk
- Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk, İngilizce (A.B.D.)
- Silinmiş:** <sp><sp><sp>Şekil ...¶ <sp>Durum Durumun işlevsel olmayan . İşlevsel olmayan¶ . Şemaların rehberliğinde . . (otomatik) . . Duygular . Davranış¶

var sayılır. Bilişsel davranışçı tedavilerin (BDT), bulimiya (Fairburn ve ark., 1991; Wilson, 1999; Wilson ve Smith, 1987) ve tıknırcasına yeme bozukluğu (Agras ve ark. 1994; Agras ve ark. 1997; Nauta ve ark., 2000; Smith ve ark., 1992) gibi yeme bozuklukları tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir. BDT'den sonra tıknırcasına yeme daha seyrek olmakta ve psikopatolojide azalma görülmektedir.

**Bçimlendirilmiş:** Yazı tipi rengi: Otomatik

**Bulimiyada** diyet yapmanın tıknırcasına yemenin başlangıcı için önemli bir neden olduğu hipotezi yaygın olarak kabul görmekte, diyet kısıtlaması, negatif mizaç durumu ve fonksiyonel olmayan bilişsel tutumların tıknırcasına yeme epizodlarını başlattığı belirtilmektedir (Telch ve Agras, 1995). Bu alandaki ilk araştırmalar bilişsel çarpıtmaların bulimiyanın başlangıcında ve devamında önemli bir rol oynuyor olabileceğini ileri sürmektedir (Schulman ve ark. 1986). Bazı araştırmacılar, zayıflık ve kilonun, çekiciliğin önemli belirleyicileri olduğuna dair çağdaş toplumsal değerlerin bulimiyayla ilişkili olabileceğini ileri sürmektedir. Garner ve Bemis (1982), yeme bozuklukları hastalarının bu değerleri sorgusuzca kabul ettiklerini ve bu bilişsel çarpıtmaların bulimiya için pek çok davranışın temelini oluşturduğunu bildirmiştir. Yine ilk deneysel veriler, yeme bozuklukları hastalarında bilişsel çarpıtmaların hâkim olduğu fikrini desteklemektedir.

**Silinmiş:** D

**Silinmiş:** se de

**Silinmiş:** hastaların

**Silinmiş:** ın

**Silinmiş:** işaret etmektedir

Garner ve Bemis (1982), Beck'in depresyon hastaları için geliştirdiği kategorileri kullanarak anoreksiya nervosada (AN) belirli tipte bilişsel çarpıtmaların bulunduğunu ileri sürmüştür. Bu kategoriler arasında seçici soyutlama, aşırı genelleme, ya hep ya hiç düşüncesi, abartma ve batıl inançlar bulunmaktadır.

**Silinmiş:** hastalarına ait pek çok çarpıtılmış inanç ve tutumun varlığını belgelemiştir (Schulman ve ark. 1986)

**Silinmiş:** Beck tarafından depresyon hastaları için geliştirilen semptomları kullanarak anoreksiya nervosada belirli tipte bilişsel çarpıtmaların bulunduğunu ileri sürmüşlerdir.

Fernandez (1984), bulimiya hastalarında benzer bilişsel çarpıtmaların bulunuyor olabileceğini ileri sürmüştür (Powers ve ark. 1987).

Katzman ve Wolchik (1984) bulimiklerin kontrol grubuna göre kendilerinden daha fazla irrasyonel beklentiler içinde olduklarını ve onaylanma talep ettiklerini bildirmiştir. Bulimiyayı, direkt olarak çarpıtılmış ya da irrasyonel inançları değiştirmeyi hedefleyen bilişsel davranışçı yaklaşımları kullanarak tedavi eden çok sayıda başarılı çalışma, bulimiklerdeki bilişsel çarpıtmaların büyük önem taşıdığını

**Silinmiş:** ulmuştur

daha iyi bir şekilde göstermiştir (Schulman ve ark. 1986). Bulimiya kriterlerine uymayan hastalarda tıknırcasına yemenin doğası ve nedenleri pek iyi anlaşılmamaktadır. Yine de bilişsel faktörlerin önemli bir rol oynadığına dair bulgular mevcuttur.

Marcus ve arkadaşları (1993), tıknırcasına yiyen obezlerin bedenleri, kiloları ve yemekle aşırı ilgili olduklarını; Wilson ve arkadaşları (1993), kilo kontrol programlarına katılan tıknırcasına yiyen obezlerin, tıknırcasına yemeyenlere göre daha fazla tutumsal bozukluk -vücut ve kiloyla aşırı meşguliyet- sergilediklerini göstermiştir.

**Silinmiş:** , Smith, Santelli ve Kaye

**Silinmiş:** ,

**Silinmiş:** , Nonas ve Rosenblum

**Silinmiş:** Bu yüzden tıknırcasına yiyen obez hastalardaki ilk BDT uygulamaları umut vaat eden sonuçlar vermiştir (Wilson ve Fairburn, 1993).

1990 ve 1992 yılında yapılan kontrollü iki çalışma, kusmayan bulimiya hastalarının (bunların çoğu tıknırcasına yiyen obezlerdi) antidepresan ilaçlar ve bilişsel davranışçı tedaviyle (BDT) etkin bir şekilde tedavi edilebildiğini göstermiştir (Wilfley ve ark. 1993). İrrasyonel düşüncelerin tartışılması için düzenlenen bilişsel tekniklerin kullanılmasıyla yeme bozukluklarının tedavisinde başarı sağlandığı belirtilmektedir. Fairburn (1981), irrasyonel düşüncelerin ve yiyecek, kilo ve yeme davranışına karşı tutumların değiştirilmesiyle bulimiyada başarı kazanıldığını bildirmektedir. Aynı şekilde Cooper ve Fairburn (1984), tıknırcasına yeme ve kusma davranışı gösteren bir grup anoreksiya nervosa hastasına bilişsel teknikleri uyguladıklarında benzer sonuçlar elde ettiklerini bildirmişlerdir. Kirkley ve arkadaşları (1985), bilişsel davranışçı tekniklerin tıknırcasına yeme ve kusma davranışlarını azaltmada direktif olmayan tekniklere göre daha üstün olduğunu bulmuştur. Tıknırcasına yeme hastalarına uygulanan kontrollü bilişsel davranışçı tedavi girişimleri, hastaların % 50'sinin bu tedavileri takiben tıknırcasına yemeyi bıraktığını göstermiştir (Eldredge ve ark. 1997).

**Silinmiş:** -

**Silinmiş:**

**Silinmiş:** , Schneider, Agras ve Bachman

**Silinmiş:** -

**Silinmiş:** İşlevsel olmayan bozuklukların bozulmuş yeme davranışı (eg. Cooper&Fairburn, 1992) ve obezitede de (Nauta, Hospers, Jansen,&Kok, 2000) önemli bir rol oynadığı var sayılır. Bilişsel davranışçı terapilerin bulimiya ve tıknırcasına yeme gibi yeme bozukluklarını tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (Marieke). ¶

**Silinmiş:** ilindiği üzere Beck'inki gibi bilişsel-davranışçı teoriler

**Silinmiş:** ,”

Beck'in bilişsel kuramı, kişinin davranışlarının duygularından, duygularının da düşüncelerinden etkilendiğini ve duygusal rahatsızlıkların bazı olayların belirli şekillerde yorumlanmasından kaynaklandığını ileri sürer (Shafran, 2003). Örneğin, kişinin giysileri dar geliyorsa ve bu durum “Şişmanlamışım” şeklinde yorumlanıyorsa, kişinin keyfi kaçır ve bedeninden hoşnutsuzluk başlar. Ama eğer

kişi giysilerinin dar gelişini “yıkarken çekmiş” şeklinde yorumlarsa hissedeceği şey kızgınlık olabilir. Bilişsel terapi, bilişsel modeli kullanır. Bunun için hastayı kanıt ve mantık kurallarını kullanmaya ve alternatif açıklamalar düşünmeye teşvik ederek bilişsel çarpıtmaları ve eksiklikleri tanımlayıp düzeltmeye çalışır (Shafran, 2003). Örneğin, “Şişmanım” diye düşünen yeme bozukluğu hastası, “Şişman olduğumu düşünüyorum” düşüncesi ile “Şişman olduğumu hissediyorum” duygusu ve gerçekçi olan “Biraz fazla kiloluyum” ifadesi arasında ayırım yapmaya teşvik edilir.

Silinmiş: ,”

Silinmiş: ,”

Silinmiş: ,”

Silinmiş: ,”

Silinmiş: ,”

Silinmiş: (Fairburn, Marcus&Wilson, 1993).

Silinmiş: -

#### 2.11.4. Fairburn’ün Bilişsel Davranışçı Modeli

Yeme bozuklukları için kullanılan BDT’nin gelişimi BN’nin bilişsel modeline dayanır. Bu model, hastalığın temeldeki bilişsel ve davranışsal unsurlarını, özellikle düşük benlik saygısı, kilo ve vücut şekliyle aşırı ilgilenme, katı diyet kısıtlaması, tıknırcasına yeme ve kusmayı açıklama girişiminde bulunmaktadırlar. Bu kurama göre BN’nin sürdürülmesinin temelinde kendilik-değeri değerlendirilmede kullanılan disfonksiyonel sistem yatar. Çoğu insan kendisini hayatının çeşitli alanlarındaki performanslarına (ilişkilerinin kalitesi, iş, anababalık, spor yeteneği, vs.) göre değerlendirmelerine rağmen yeme bozukluğu olan kişiler kendilerini büyük oranda, hatta bazen yalnızca yeme alışkanlıkları, vücut şekilleri veya kilolarına (genellikle bu üçüne göre) ve bunları kontrol etme becerilerine göre değerlendirmektedirler. Sonuçta hayatları yeme, kilo ve vücut şekline odaklanmış hale gelir. Diyet kısıtlaması, zayıflık ve kilo kaybı sürekli peşine düşülen şeyler haline gelirken, “şişmanlık” ve kilo alımı şiddetle kaçınılan durumlar olur (Fairburn ve ark., 2003).

Silinmiş: Fairburn bu konuda şöyle diyor: ¶  
¶  
“Bu hastaların vücut şekillerinin ve kilolarının çok büyük önem taşıdığına ve ikisinin de mutlak kontrol altında tutulması gerektiğine inandıkları kabul edildikten sonra, aşırı diyet, kusma ve laksatif kullanımı, yiyecek ve yemeyle fazla meşgul olma, kilo ve vücut şekline karşı aşırı duyarlı olma ve sık tartılma veya hiç tartılmama davranışlarını kolayca anlamak mümkündür. Paradoksal görünen tıknırcasına yeme bile bilişsel bağlamda anlaşılabilir, çünkü tıknırcasına yeme aşırı diyet kısıtlamasına karşı ikincil bir tepkiyi temsil eder görünmektedir... Bu yüzden bu inançlar ve değerler yalnızca bulimiyanın semptomu olmaktan çok onun sürdürülmesinde etkili olmaktadır.” (Wilson, Fairburn, Cofnitive Treatments for Eating Disorders-1993)¶  
¶

Silinmiş: bilişsel-davranışçı

Silinmiş: (core)

Silinmiş: uyordu

Bilişsel davranışçı kuram tıknırcasına yemenin büyük ölçüde bu kişilerin yemelerini kısıtlama çabalarının bir sonucu olarak ortaya çıktığını ileri sürer. Bu insanlar nasıl yemeleri gerektiğine dair genel kuralları benimsemek yerine aşırı, oldukça spesifik diyet kuralları uygularlar. Bu diyet kurallarına eşlik eden dikkat çekici bir nokta, bu kişilerin diyetlerini kaçınılmaz bir şekilde bozduklarında gösterdikleri olumsuz tepkidir. Diyetten en küçük bir sapma bile öz denetim eksikliğinin bir kanıtı olarak görülür ve bunun sonucunda yemeklerini kısıtlama

çabalarını bir kenara bırakırlar. Hastalar tıknırcasına yemenin tetiğini çeken şeyin bu nokta olduğunu ifade ederler. Sonuçta sık sık tıknırcasına yeme nöbetleriyle kesilen sürekli bir diyet hali baş gösterir. Bu tıknırcasına yeme nöbetleri de, hastaların yeme alışkanlıklarını, kilo ve vücut şekillerini kontrol etme becerileriyle ilgili endişelerini artırarak temeldeki psikopatolojinin sürmesine neden olur. Bu yüzden daha büyük bir diyet kısıtlaması başlar ve bu da tıknırcasına yeme riskini daha da artırır (Fairburn ve ark., 2003).

Bu kurama göre hastaların diyetteki sapmaları ve tıknırcasına yemeleri rastgele olmamaktadır; bunlar kişinin ruh halindeki ani değişikliklere bir tepki olarak meydana gelir, çünkü bu değişiklikler kişinin diyetini sürdürmesini engeller. Ancak tıknırcasına yeme nöbetleri bu tür rahatsızlık verici değişiklikleri geçici olarak yatıştırır ve hastanın dikkatini yaşam zorluklarından uzaklaştırır da sonuçta tıknırcasına yeme pekiştirilmiş olur.

Bu kişiler kendilerini aşırı derecede eleştirirler. Yeme, kilo ve vücut şekli ve bunların kontrolü bağlamında kendilerine aşırı standartlar koyarlar ve bunları gerçekleştiremediklerinde standartlarının yüksek olduğunu değil, kendilerinin hatalı olduğunu düşünürler. Sonuçta yine kendini olumsuz değerlendirme baş gösterir ve bu da yeme bozukluğunun sürmesine yol açar, çünkü hasta hayatının kendisi için en önemli olan kısmında “başarıya” ulaşmak için daha fazla çabalamaya başlar. Bu da yeme, kilo ve vücut şeklinin kontrolüdür. Bu şekilde kısır döngü devam ederek yeme bozukluğunun sürmesine yol açar.

Bu model, bulimiyadaki temel bilişsel rahatsızlığın, kendiliği büyük ölçüde hatta yalnızca kilo ve vücut şekli bağlamında değerlendirme eğilimi olduğunu ileri sürmektedir. Kilo ve vücut şekliyle ilgili bu aşırı kaygılar, hastalığın karakteristiği olan aşırı ve katı diyetle yol açmaktadır. Bu tür diyetler katı kurallarla belirlenir (Ör. “1000 kaloriden az almalıyım”; “Hiç çikolata yememeliyim”), bu kurallar da diyet kısıtlamasını kırılga ve bozulmaya karşı hassas hale getirir. Diyet kuralları ihlâl edildiğinde, örneğin, kişi bir parça çikolata yediğinde bu bozulma gerçekleşir. Bu katı diyet kuralları, genellikle kişi olumsuz bir ruh hali içindeyken ihlâl edilir.

**Silinmiş:** Tıknırcasına yemede duygunun öneminin ilk açıklamalardan (Fairburn, Cooper&Cooper, 1986) beri kabul edilmesine rağmen, model daha yakın dönemlerde, duygunun tıknırcasına yemede oynadığı rolün önemini ve mükemmeliyetçilik ve iki uçlu (ya hep ya hiç) düşüncenin etkisini belirleyecek şekilde genişletilmiştir (Fairburn, 1997). ¶

**Silinmiş:** .

Hastaların mükemmeliyetçi standartları (Fairburn, 1999) ve iki uçlu düşünceleri olduğu için, kuralın ihlali hastalar tarafından ya hep ya hiç tarzında yorumlanır, bu yüzden hasta, “Nasıl olsa diyeti bozдум - eğer bir parça çikolata yediysem zaten başarısız oldum demektir, bu yüzden bütün çikolatayı yiyebilirim.” diye düşünür (Shafran, 2003).

**Silinmiş:** ,”

**Silinmiş:** de Silva,

**Silinmiş:** - Cognitive Models Handbook of Eating disorders).

Bu modelde, bu tür ikili düşüncelerin, diyet kısıtlamasının fizyolojik ve psikolojik etkileriyle birlikte, kontrol kaybının eşlik ettiği (yani, tıknırcasına yeme epizodunun gerçekleştiği) aşırı yeme epizodlarına neden olduğu ileri sürülmektedir. Tıknırcasına yeme, olumsuz duyguyu kısa bir süre için hafifletmekte, ama aynı zamanda kilo ve vücut şekliyle ilgili kaygıları harekete geçirip pekiştirmektedir. Böylece kişi kendisini kusturarak tıknırcasına yeme epizodunun etkisini hafifletmeye çalışır. Buna karşılık kusmanın tıknırcasına yemeyi, özellikle de tıknıma miktarını pekiştirdiği ileri sürülmektedir. Bunun iki nedeni vardır: birincisi, kişi büyük miktarda yerse kusmanın daha kolay olduğunu öğrenmiştir; ikincisi, kişi kusarak yediklerinden “kurtulduğuna” inandığı için tükettiği kalorileri önemsemez (Shafran, 2003).

**Silinmiş:** , de Silva..., Wilson, 1997-Cognitive Behavioral Treatment of Blumia...

**Silinmiş:** )

**Silinmiş:** Şekil: Bulimia Nervosanın Sürdürülmesinin Bilişsel-Davranışçı Modeli¶

¶ Olumsuz kendilik değerlendirmesi¶  
Kilo ve vücut şekliyle ilgili karakteristik aşırı kaygılar¶  
..... Mükemmeliyetçili  
k ve iki uçlu¶  
..... düşünme ¶  
Yoğun ve katı diyet¶  
..... Mükemmeliyetçili  
k ve iki uçlu¶  
..... düşünme ¶  
..... Olumsuz  
duygu¶  
Tıknırcasına yeme¶  
Kendini kusturma/müşhil  
kullanımı¶  
¶

**Silinmiş:** işlevsel

**Silinmiş:** ,

**Silinmiş:** ...).

Bu model, vücut şekli ve kilonun kişisel önemiyle ilgili anormal tutumların değiştirilmesini ve **fonksiyonel** olmayan diyet kısıtlamasının daha normal yeme tutumlarıyla değiştirilmesinin tedavinin öncelikli hedefleri olması gerektiğini öne sürmektedir (Wilson ve Fairburn, 1993). Hastaların ideal kilo ve vücut şekline verdikleri değer o kadar büyüktür ki, yiyecek alımlarını katı ve gerçekçi olmayan bir şekilde kısıtlarlar. Bu da onların fizyolojik ve psikolojik olarak yeme üzerindeki kontrolü kaybetmelerine, yani tıknırcasına yemelerine yol açar. Kişi tıknırcasına yemenin etkisinden kurtulmak için kusar veya kilo kontrolüne yönelik aşırı çaba içine girer. Kusma, hastanın potansiyel kilo artışı konusundaki anksiyetesini azaltarak ve yiyecek alımını kontrol eden öğrenilmiş doyma hissini bozarak tıknırcasına yemenin devamını sağlar. Bunun sonucunda da tıknırcasına yeme ve kusma, strese ve düşük benlik saygısına yol açar, bu da kaçınılmaz olarak daha fazla diyet kısıtlaması ve tıknırcasına yemeye yol açar. Bulimiya nervosanın sürdürülmesini sağlayan bu bilişsel model, tedavinin mevcut tıknırcasına yeme ve

kusma davranışının ötesine geçilmesi gerektiğini gösterir. Diyet kısıtlamasının yerine daha normal yeme alışkanlıkları konduktan sonra, kilo ve vücut şeklinin kişisel anlamıyla ilgili fonksiyonel olmayan düşünce ve duyguların değiştirilmesi gerekir. Bilişsel model aynı zamanda tedavinin olumsuz kendilik değerlendirmesi, mükemmeliyetçilik ve iki uçlu düşünce ve belki de olumsuz etkiye katlanabilme becerisini de işin içine katması gerektiğini ifade eder (Wilson, 1997).

**Silinmiş:** işlevsel

**Silinmiş:** -Cognitive Behavioral Treatment of Bulimia Nervosa

Tıkınırcasına yemenin doğası ve nedenleri çok iyi bilinmemektedir. Ancak bilişsel faktörlerin önemli bir rol oynadığına dair bulgular mevcuttur. Marcus ve arkadaşları (1992), tıkınırcasına yiyen obezlerin vücut şekli, kilo ve yeme konusunda oldukça kaygılı olduklarını bulmuştur.

**Silinmiş:** Smith, Santelli ve Kaye (baskıda)

Wilson ve arkadaşları (1993), kilo kontrol programlarına katılan tıkınırcasına yiyen obezlerin anlamlı derecede daha fazla tutumsal bozukluk sergilediklerini bulmuştur. Bu yüzden BDT'nin, tıkınırcasına yeme bozukluğuna ilk uyarlamalarının in

**Silinmiş:** ve

**Silinmiş:** , Nonas ve Rosenblum

**Silinmiş:** BN'nin

**Silinmiş:** ilişsel-Davranış Terapisinin

**Silinmiş:** , Marcus, Kaye

**Silinmiş:** -Cognitive-Behavioral Treatment of obese binge eaters

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 35,4 nk

**Silinmiş:** Bilişsel-Davranışçı Terapisi

Bu model, TYB'nin sınırlı yiyecek alımına bir tepki olarak geliştiğini ve süregelen diyet kısıtlaması ve olumsuz duygular çerçevesinde ortaya çıktığını varsayar. Bu yüzden TYB'nin BDT'si önce hastanın yeme alışkanlıklarını normal hale getirir. Ardından özellikle yeme, vücut şekli ve kiloyla ilişkili uyumsuz düşüncelerini ve inançlarını tanımlayıp yeniden yapılandırır. BDT, tıkınırcasına yeme sıklığını azaltmada ve onunla ilişkili psikopatolojiyi iyileştirmede en etkili tedavi olarak ortaya çıkmaktadır. Ayrıca BDT'nin kilo kaybı üzerindeki etkileri çeşitlilik gösterse de tıkınırcasına yemeden uzak duran çoğu kişi uzun vadede en azından biraz kilo kaybetmektedir (Levine, Marcus, 2003).

**Silinmiş:** -Psychosocial Treatment of Binge Eating Disorder: An Update, ¶

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 0 nk

### 2.11.5. Yeme Bozuklukları Nasıl Gelişir?

Yeme bozukluklarının ardındaki bilişsel kuram, kişinin kendisini vücut şekli ve kilosuna göre tanımlayıp değerlendirdiğini öne sürer. Zayıf olmak veya kilo kaybetmek kişinin odak noktası haline gelir. Kendilik değerini kilo ve vücut şekline

göre değerlendirme eğilimi kişiyi katı bir şekilde diyet yapmaya zorlar. Katı diyet sonucunda da psikolojik yoksunluk ve fizyolojik açlık baş gösterir. Açlık, yaşam stresi, olumsuz duygular ve zayıf kendilik değeriyle birleşince tıknırcasına yemenin tetiğini çeker. Tıknırcasına yeme suçluluk, utanç, kendinden iğrenme ve rahatsızlık verici tokluk duygularını doğurur. Bulimikler tıknırcasına yemeyi ve kilo alma korkusunu telafi etmek için kusar, laksatif veya diüretik kullanır veya aşırı egzersiz yaparlar. Tıknırcasına yeme bozukluğu olanlar telafi edici davranışlarda bulunmazlar. Bunun yerine bir dahaki sefere yiyecek alımlarını tekrar kısıtlatırlar (örneğin, tıknırcasına yemenin sonrasında gelen öğünü atlatırlar). Katı diyetin sürmesi tıknırcasına yeme döngüsünü sürdürür. Aslında kişinin kilosunu kontrol ederek öz saygısını artırdığı inancının tam aksi doğrudur. Kişi kilosunu aşırı kontrol etme yoluyla psikolojik stres, suçluluk, utanç ve değersizlik duyguları yaşar (Polivy ve Herman, 2002).

Tıknırcasına yiyecek yiyen obez kişiler bulimiya hastaları gibi yiyecek ve yemeye ilgili daha fazla bilişsel çarpıtma sergilerler (Foster ve Wadden, 1994). “İyi ve “kötü” yiyecekleri vardır, diyet yaparken kötü yiyeceklerden uzak durmaya çalışırlar. Kötü yiyeceklerden fazla tükettiklerinde duygusal bozulma yaşar ve kendilerini “Acınacak durumdasın. Kendini hiç kontrol edemiyorsun. Diyetini böyle mahvettiğine inanamıyorum.” gibi sözlerle taciz ederler. Kendini bu şekilde küçümseme de daha fazla duygusal strese ve daha fazla yemeye neden olur.

İşlevsel olmayan tutumların da yeme bozukluklarında (Cooper ve Fairburn, 1992) ve obezitede (Nauta ve ark., 2000) önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Son zamanlarda yapılan çalışmalar insanın düşünce yapısının kilosunu kontrol etmesinde etkili olduğunu göstermektedir. İnsanlar her türlü davranıştan önce ve sonra sürekli olarak düşünmektedir. Yemek de bundan farklı değildir. Fonksiyonel olmayan düşünceler, fonksiyonel olmayan yeme davranışlarının sürdürülmesine yardımcı olmaktadır. Bu nedenle yemek yemeden önce kişinin kendi kendine ne söylediği çok önemlidir. Ancak insanlar yemek yerken fazla bir şey düşünmediklerini söyler ve düşüncelerini analiz etme zahmetine girmezler. Bu yüzden irrasyonel düşünceler üzerine gidilmez ve kötü yeme alışkanlıkları sürer

**Silinmiş:** 65-Obesity Patophysiology

**Silinmiş:** ,

**Silinmiş:** v

**Silinmiş:** ,”

**Silinmiş:** e.g.

**Silinmiş:** &

**Silinmiş:** e.g.

**Silinmiş:** , Hospers, Jansen, & Kok

**Silinmiş:** (Research School Care)

**Silinmiş:** (Long-Term Weight Management)

**Silinmiş:** Ne yazık ki



gider. Etkin bir tedavi için kilo yönetimine müdahale eden irrasyonel düşüncelerin de belirlenmesi gerekmektedir.

Silinmiş: 1

## 2.12. TYB ve Psikopatoloji

Kolotkin ve arkadaşları (1987) tarafından yapılan bir çalışmada tedavi arayışı içinde olan obez kişilerin % 23 ilâ % 46'sının tıknırcasına yiyenler grubunu oluşturduğu bulunmuştur. Bazı çalışmalar tıknırcasına yiyen obezlerin, anoreksik ve normal kilodaki bulimiklerle kıyaslanabilecek düzeyde ve tıknırcasına yemeyen obezlere göre daha yüksek derecede psikopatoloji gösterdiklerini öne sürmektedir (Wilfley ve ark., 1993). Tıknırcasına yemenin şiddeti arttıkça depresyon, stres ve psikiyatrik bozukluğun arttığı öne sürülmektedir (Molinari ve Ragazzoni, 1997). Depresif semptomları karşılaştıran çalışmalarda, tıknırcasına yiyenlerin depresyon düzeyinde tıknırcasına yemeyen kontrol grubuna göre bir artış bulunmuştur (Friedman ve ark. 2002). Telch ve Agras (1994), tıknırcasına yeme davranışının ciddiyetinin artmış işlev bozukluğu ve psikopatoloji düzeyiyle korelasyon halinde olduğunu göstermiştir. Bu bulgular MMPI karakteristiklerinin tıknırcasına yemeyle anlamlı ölçüde ilişkili olduğunu gösteren ve tıknırcasına yeme sıklığıyla genel psikolojik bozukluk seviyeleri arasında pozitif korelasyon bulan Kolotkin ve arkadaşlarının (1987) çalışmasıyla da uyum içerisindedir.

Tıknırcasına yeme problemi yaşayan bireyleri yapılandırılmış görüşmeler kullanarak sistematik bir şekilde ilk olarak Hudson ve arkadaşları (1988) incelemiştir. Tıknırcasına yeme bozukluğu için DSM-IV ölçütünün gelişimine öncülük eden bu çalışma DSM-III'e göre bulimiya tanısı alan 23 obez kadınla, 47 bulimik olmayan obez ve obez olmayan bulimiklerle karşılaştırmıştır. Obez bulimiklerin, bulimik olmayan obez kontrol grubuna göre daha büyük oranda majör depresyon sergilediği bulgulanmıştır (Mitchell ve Mussell, 1995).

Genel popülasyon üzerinde yapılan çalışmalar, obez olan ve olmayan bireylerin psikolojik fonksiyonları açısından anlamlı şekilde farklılaşmadıklarını

göstermektedir (Wadden ve ark., 1989; Wadden ve Stunkard, 1985). Ancak standart psikopatoloji ölçümlerinde, obez olup tıknırcasına yiyenlerin, obez olup tıknırcasına yemeyenlere göre daha fazla psikolojik stres ve hayat boyunca daha yüksek psikiyatrik hastalık, özellikle afektif ve kişilik bozuklukları gösterdikleri bulunmuştur (Kolotkin ve ark., 1987; Marcus ve ark., 1988; Marcus ve ark., 1990).

**Silinmiş:** , Foster, Stunkard ve Linowitz

Telch ve Agras (1994) tarafından yapılan bir çalışmada, obeziteyle psikiyatrik semptomlar arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı, ancak tıknırcasına yemeye psikiyatrik semptomlar arasında pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur.

Bulik ve arkadaşları (2003), tıknırcasına yemenin major depresyon, panik bozukluklar, fobiler ve alkol bağımlılığıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu çalışmaya göre tıknırcasına yiyen obezler, nörotizm, depresyon, anksiyete/fobiler ve nörovejetatif semptomlar (ör, uykusuzluk, ajitasyon, retardasyon ve obsesif-kompulsif özellikler) göstermişlerdir. Bu bulguların ışığı altında, obez kişilerde tıknırcasına yemenin varlığının, tıbbi ve psikiyatrik morbiditenin belirleyicisi olduğu söylenebilir.

**Silinmiş:** 2

**Silinmiş:** (Bulik ve ark., 2002)

## 2.13. TYB’de Tedavi

TYB’de çeşitli psikoterapi ve ilaç tedavisinin etkinliği incelenmiş olsa da kesinleşmiş bir tedavi yoktur.

### 2.13.1. TYB’de Psikoterapi

BN tedavisi geniş ölçüde araştırılmış ve çok sayıda kontrollü çalışma da yapılmıştır (Dingemans ve ark. 2002). Ancak TYB’ye aynı ilgi gösterilmemiştir (Wilfley ve Cohen, 1997). TYB, tıknırcasına yemenin olmadığı obeziteden çok BN’ye benzediği için TYB’yle ilgili birinci kuşak tedavi araştırmaları BN için etkili

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 0 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

olan tedavilerin etkinliğini araştırmakla sınırlı kalmıştır: bilişsel davranışçı tedavi, kişiler arası terapi ve antidepresan tedavisi. BDT, BN ve TYB için en çok araştırılan tedavi olmuştur ve iki bozukluk için de tercih edilen bir tedavi şekli olarak görülmektedir. Hatta diğer tedavilerin kıyaslandığı altın standart haline gelmiştir (Wilfley ve Cohen, 1997). TYB hastalarının çoğu aşırı kiloları yüzünden tedavi arayışı içine girer. Obezite tedavisi enerji alımını azaltmaya odaklanır, az yağlı diyete geçişi teşvik eder, bu duruma katkısı olan tıbbi şartlarla ilgilenir ve egzersiz verir. Ancak altta yatan davranışsal bozukluklar veya obezitenin sosyal ve psikolojik sonuçları genellikle ihmal edilir. TYB olan obez kişilerin tedavisi yalnızca vücut ağırlığına odaklanır ve tıknırcasına yeme veya altta yatan problemlerle ilgilenilmezse tıknırcasına yeme devam eder veya kötüleşir (Howard ve Porzelius, 1999; Romano ve Quinn, 1995). Kilo kaybetme programlarının TYB olan obez hastalarda tıknırcasına yemenin azaltılmasında çok az etkisi var gibi görünmektedir (Kirkley ve ark., 1992).

TYB olan hastalarda BDT'nin değerlendirildiği yedi kontrollü alışma (Telch ve ark. 1990; Wilfley ve ark. 1993; Agras ve ark., 1994; Agras ve ark. 1995; Eldredge ve ark., 1997; Peterson ve ark., 1998; Carter ve Fairburn, 1998) yapılmıştır. Buradaki alışmalarda TYB tanısı DSM IV'e göre konmuş, BDT, kişiler arası terapi, kilo kaybetme tedavisi ve antidepresan tedavisiyle karşılaştırılmıştır.

Genel olarak psikolojik tedaviler hiç tedavi olmamaya kıyasla tıknırcasına yemede istatistiksel açıdan anlamlı bir düşüş sağlamaktadır (epizod sayısında azalma: % 68-77; tıknırcasına yemenin bitmesi: % 40-87). İki alışma psikolojik tedaviyle kilo verme programını birleştirmiştir (Agras ve ark. 1995; Eldredge ve ark. 1997). Eğer tıknırcasına yeme kilo kaybetmeye başlama girişiminden önce tedavi edilirse TYB olan obez kişilerin tedavisi daha başarılı görünmektedir.

Agras ve arkadaşları (1995), 12 haftalık BDT'den sonra tıknırcasına yemeyi bırakmayan TYB hastalarında kişiler arası terapinin etkinliğini incelemiştir. Ancak BDT'yle iyileşmeyen hastalarda kişiler arası terapiyle daha fazla ilerleme sağlanamamıştır.

İki çalışma (Peterson ve ark., 1998; Carter ve ark. 1998) TYB tedavisinde kendi kendine yardımın etkinliğini incelemiştir. Bu formatın işe yaradığı görülmüştür. Ancak tıknircasına yemeyi bırakmadaki bu yüksek oranın dikkatle yorumlanması gerekmektedir, çünkü kendi kendine yardım çalışmalarındaki katılımcıların probleminin ciddiyeti büyük olasılıkla diğer çalışmalardaki hastalarinkinden daha düşüktü. Örneğin Carter ve arkadaşlarının (1998) çalışmasındaki hastalar daha önce başka şekilde tedavi görmemişti.

### 2.13.2. TYB'de İlaç Tedavisi

TYB'de birkaç tipte ilacın etkili olduğuna dair deneysel bulgular mevcuttur. Bunlar selektif serotonin yeniden alım inhibitörleri, serotonin ve norepinefrin yeniden alım inhibitörleri, obezite karşıtı ilaçlar ve antikonvülsanlardır (Pull, 2004). İlaç tedavisinin etkinliğine yönelik araştırmalara göre ilaç tedavisi plasebodan daha etkisi görünmektedir. Ancak uzun süreli etkiler bulunamamıştır. Ayrıca ilaçlar vücut ağırlığında bir azalma sağlamamıştır. Katılımcı sayısının azlığı ve denemelerinin süresinin kısa oluşu bu çalışmaların eksik yanlarıdır (Dingemans ve ark., 2002).

**Silinmiş:** TYB'de çeşitli psikoterapi ve ilaç tedavisi türleri araştırılrsa da kesinlik kazanmış bir tedavi yoktur. TYB'nin tedavisinde bugüne kadar yalnızca birkaç randomize, kontrollü tedavi çalışması yayınlanmıştır. Bu tedavilerin çoğu da 3 ayı geçmeyen kısa süreli araştırmalar şeklindedir. Farklı tedaviler tıknircasına yemeyi azaltmada etkili görünse de obezite üzerindeki etkileri çok çeşitlidir. Ayrıca, tıknircasına yemenin tedavisinde elde edilen sonuçların dikkatle ele alınması gerekir, çünkü TYB olan hastalarda yüksek plasebo etkisi ve kendiliğinden iyileşme sık görülmektedir. ¶

¶ 2.14. TYB'de Psikoterapi¶

¶ Son on yıl içinde yayınlanan birkaç çalışmanın sonuçlarının gösterdiği gibi TYB'de iki psikoterapi türünün etkinliğine dair kanıt mevcuttur: Bilişsel-Davranış Terapisi (BDT) ve Kişilerarası Psikoterapi. İki terapi de tıknircasına yemeyi azaltmada oldukça etkili olsa da kilo kaybına yönelik etkileri çok daha önemsiz görünmektedir (pull 2004). ¶

**Silinmiş:** 5.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** n

**Silinmiş:** 2.16. Tedavi Sonuçlarıyla İlgili Veriler¶

¶ Bilişsel açıklamayı destekleyen en güçlü kanıt, bu bozukluğun bilişsel-davranışçı terapisiyle ilgili çalışmalardan gelmektedir. 25'in üzerinde randomize-kontrollü çalışma bu açıklamaya dolaylı destek sağlamıştır (Wilson&Fairburn, 2002). Bu çalışmalar bulimiyanın bilişsel-davranışçı terapisinin vakaların yaklaşık % 40'ı için kalıcı ve etkili bir tedavi olduğunu göstermiştir. Ayrıca özgül olmayan etkileri kontrol eden karşılaştırma çalışmalarına üstündür (Wilson...). Bilişsel-davranışçı terapiyi 'parçalara ayıran' (örneğin, davran[ ... [14]

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

### 3. PROBLEM VE HİPOTEZLER

Tüm bu verilerin ışığı altında bu çalışma, obez hastaların tıknırcasına yeme bozukluğundan etkilenip etkilenmediğini araştırmıştır. Amacı tıknırcasına yiyen obezlerle tıknırcasına yemeyen obezleri ayırıp bilişsel kuram ve psikopatoloji açısından incelemektir

Silinmiş: 1



Biçimlendirilmiş: Ortadan

Bu amaçla araştırmanın hipotezleri şu şekilde sıralanabilir:

Genel Hipotez:

Tıknırcasına yiyen obez kişiler, bilişsel yapı ve psikopatoloji açısından tıknırcasına yemeyen obez kişilerden farklıdır.

İşlemsel hipotezler:

H 1 – Otomatik düşünceler, fonksiyonel olmayan tutumlar ve bilişsel çarpıtmalar tıknırcasına yiyen obez grupta tıknırcasına yemeyen obez gruba ve normal kontrol grubuna göre daha fazla olacaktır.

H 2 – Tıknırcasına yiyen obez grubun beden imajı, tıknırcasına yemeyen obez ve normal kontrol grubuna göre daha olumsuz olacaktır.

H 3 – Genel psikopatoloji, tıknırcasına yiyen obez grupta, tıknırcasına yemeyen obez ve normal kilodaki kontrol grubuna göre daha yüksek olacaktır.

H 4 – Depresyon, tıknırcasına yiyen obez grupta, tıknırcasına yemeyen obez ve normal kilodaki kontrol grubuna göre daha yüksek olacaktır.

H 5 - Olumsuz yeme tutumları, tıknırcasına yiyen obez grupta en fazla, tıknırcasına yemeyen obez grupta daha düşük ve normal kontrol grubunda en düşük seviyede olacaktır.

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
Kalın Değil

## 4. YÖNTEM

### 4.1. ÖRNEKLEM

#### 4.1.1. Araştırma Grubu

Bu çalışmanın örneklemini İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları, Şişmanlık Polikliniğine ilk kez başvuran obez kadın hastalar oluşturmaktadır. Araştırma grubunu oluşturan kişiler için gerekli ölçütler şunlardır:

- Beden Kitle İndeksi (BKİ) 30 ve üzerinde olmak
- 18 yaş ve üstünde olmak
- Kadın olmak
- Menopoza girmemiş olmak
- Son bir yıl içinde herhangi bir psikiyatrik tanı ve tedavi almamış olmak
- Endokrin bozukluk tanısı almamış olmak
- Zayıflama Polikliniğine ilk kez başvurmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

#### 4.1.2. Kontrol Grubu

Bu grubu, genel popülasyondan kartopu yöntemiyle seçilen gönüllü kadınlar oluşturmuştur. Çevreden sosyodemografik açıdan deney grubumuza benzeyen ve ölçütlerimize uyan kişiler bulunarak araştırmaya katılmaları istenmiş, kabul edenlere test bataryası verilmiştir. Buradaki seçim ölçütleri şunlardır:

- Normal kiloda olmak (BKİ =18 -24.5)
- Sosyodemografik özellikleri bakımından araştırma grubumuzla aynı özellikleri taşımak
- Kadın olmak

**Silinmiş:** Araştırmada ayrıca tıkmırcasına yeme bozukluğu olmayan obez kişilerin normal kilodaki kontrol grubundan farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenmiştir. ¶

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** H

**Silinmiş:** rasgele

- Menopoza girmemiş olmak
- Son bir yıl içinde herhangi bir psikiyatrik tanı ve tedavi almamış olmak
- Endokrin bozukluk tanısı almamış olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

**Silinmiş:** H

Kadınlar obezite tedavisine daha sık başvurdukları için grupların yalnızca kadınlardan oluşturulması uygun görülmüştür.

Araştırma grubunu oluşturan obez hastalar, Yeme ve Kilo Örtüntülerini Değerlendirme Ölçeği (YKÖDÖ) testindeki Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu ölçütlerine uyanlar (TYB), ara sıra tıkınırcasına yiyen, ama Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun bütün özelliklerini taşımayanlar (TY) ve Tıkınırcasına Yemeyen Obezler (TYO) olarak üç gruba ayrılmıştır.

Çalışma TYB grubunda 26, TY grubunda 17, TYO grubunda 50 ve Kontrol Grubunda 43 kişi olmak üzere toplam 136 kişiden oluşan dört grupla yürütülmüştür.

TYB grubundaki hastaların yaş aralığı 19-53 olup yaş ortalaması 33.31'dir (SS=8.84); TY grubundaki hastaların yaş aralığı 20-50 olup ortalaması 33.06'dır (SS=9.12). TYO grubundaki hastaların yaş aralığı 18-48 olup ortalaması 32.26'dır (SS= 8.55). Kontrol grubundaki deneklerin yaş aralığı 18-53 olup ortalaması 32.28 (SS= 7.97). Yapılan tek yönlü varyans analizine göre dört grup arasındaki yaş ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir, [F (3, 135) = .369, p<.77] (BKZ. Tablo 2).

Verilerin değerlendirilmesi sırasında çeşitli nedenlerle (ör, sonradan tiroid hastası olduğunun anlaşılması, psikiyatrik ilaç kullanıyor olmak, vb.) ölçütlere uymayan on hastanın verileri değerlendirmeye alınmamıştır.

**Silinmiş:** Zayıf olma konusunda kadınların üzerinde daha fazla toplumsal baskı olduğu için fazla kilonun kadınlarda daha fazla olumsuz psikososyal etkilere yol açtığı kabul edilmektedir (Fabricatore, Wadden, 2003). Carpenter ve arkadaşları ve Istvan ve arkadaşları genel popülasyondaki obez kadınların normal kilodaki kadınlardan % 37-38 daha fazla depresyonda olduğunu bulgulamıştır. Bu çalışmalardaki erkekler için obezite aynı şekilde depresif semptomlara yol açmıyordu (...). Bu noktadan hareketle bizim toplumumuzda da kadınlar üzerinde daha fazla baskı olduğu, kadınların fazla kilolu olmaktan dolayı daha fazla rahatsız oldukları ve erkeklerin zayıflama tedavisine kadınlar kadar fazla başvurmadıkları düşünülerek araştırma örneklemini yalnız kadınlardan oluşturulmuştur. ¶

**Silinmiş:** Araştırmacı TYB ve TY grubunu birleştirmeyi düşünmüştür, ama iki grup t testine göre pek çok ölçekte farklılaşma gösterdiği için bu uygun görülmemiştir. Bu yüzden TYB grubu DSM IV'e göre tıkınırcasına yeme bozukluğunun bütün ölçütlerini taşımakta, TY grubu ise yalnızca ara sıra tıkınırcasına yiyen kişilerden oluşmaktadır. ¶

**Silinmiş:** .

**Silinmiş:** ...

**Tablo 2:** Grupların Yüzde Dağılımları

Gruplar	N	%
TYB (BKİ>30)	26	19
TY (BKİ>30)	17	12
TYO (BKİ>30)	50	37
Kontrol Grubu (BKİ<24.5)	43	32
Toplam	136	100

## 4.2. ARAÇLAR:

**4.2.1. Sosyodemografik Anket Formu:** Çalışmanın araştırmacısı tarafından hazırlanan, katılımcıların sosyodemografik özelliklerini tespit etmeye yönelik 31 soruluk bir formdur. Obezite hastalarını çalışmaya alıp almama konusunda bu forma dayanarak karar verilmiştir. Hastaların tıbbi, psikiyatrik, kilo ve diyet özellikleriyle ilgili sorular bu formda yer almaktadır.

**4.2.2. Yeme ve Kilo Özelliklerini Değerlendirme Ölçeği-Yenilenmiş (YKÖDÖ-Y):** YKÖDÖ-Y, TYB'nin DSM-IV saha çalışmalarında kullanılan ve TYB'nin varlığını değerlendiren 28 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Yeme bozukluklarıyla ilgili çalışmalarda geniş ölçüde kullanılmakta olup geçerlik ve güvenilirliği yeterlidir (Spitzer *ve ark.*, 1992; Spitzer *ve ark.*, 1993; Nangle *ve ark.*, 1994). DSM-IV ölçütlerine göre hazırlanmış ölçek, aşırı yeme ve kontrol kaybı, yeme davranışıyla ilişkili olarak duyulan sıkıntı, kilo ve vücut şeklinin önemi ve telafi edici kilo kontrol davranışlarıyla ilgili soruları içerir. Tıkınırcasına yemenin ve kilo kontrolü için kullanılan telafi edici yöntemlerin varlığını ya da yokluğunu değerlendiren sorulara verilen EVET ve HAYIR yanıtlarına göre TYB ve çıkartan ya da çıkartmayan tipte bulimiya tanısının konmasına yardımcı olur.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** ABLO

**Silinmiş:** N

**Silinmiş:**

**Silinmiş:**

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 0 nk

**Silinmiş:**

**Silinmiş:**

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 0 nk

**Silinmiş:**

**Silinmiş:**

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 0 nk

**Silinmiş:**

**Silinmiş:**

**Silinmiş:**

**Silinmiş:**

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 0 nk

**Biçimlendirilmiş** ... [15]

**Silinmiş:**

**Silinmiş:**

**Biçimlendirilmiş** ... [16]

**Silinmiş:**

**Silinmiş:**

**Biçimlendirilmiş** ... [17]

**Silinmiş:**

**Silinmiş:**

**Biçimlendirilmiş** ... [18]

**Biçimlendirilmiş** ... [19]

**Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralar ... [20]

**Biçimlendirilmiş** ... [21]

**Silinmiş:** yikatrik,

**Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralar ... [22]

**Silinmiş:** , Devlin, Walsh

**Silinmiş:** Yanovski, Wadden (

**Silinmiş:** )

**Silinmiş:** , Johnson, Caf ... [23]

**Silinmiş:** (

**Silinmiş:** ) - Binge eatir ... [24]

**Silinmiş:** olan



DSM-IV ölçütlerini takip eden YKÖDÖ-Y ayrıca yaş, cinsiyet, etnik köken, eğitim, boy, kilo, kilo ve diyet davranışı gibi konuları da değerlendirmektedir. Bu soruların tanı konmasında bir katkısı yoktur, yalnız ilâve bilgi sağlayabilir. Ölçek Türkçe'ye Doç. Dr. Erdal Vardar tarafından çevrilmiş olup, henüz geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır. Ancak bu çalışmada yalnızca grupları belirlemede kullanılacağı ve DSM-IV ölçütlerine uyduğu için bu ölçeğin kullanmasının uygun olacağı düşünülmüştür.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 35,4 nk

**Silinmiş:** y1 uygun gördük

YKÖDÖ-Y kullanılarak TYB tanısı koyarken izlenecek kurallar şöyledir:

Soru	Yanıt
10 ve 11	1 (Tıkınırcasına Yeme)
12	3, 4, 5 (6 ay boyunca en az haftada 2 gün)
13 a'dan e'ye kadar	3 veya daha fazla maddeye "Evet" yanıtının verilmesi
15 veya 16	4 veya 5 (Tıkınırcasına yemeyle ilgili olarak hissedilen belirgin sıkıntı)

Bu maddelerin tamamına uymayan, ama ara sıra tıkınırcasına yediğini belirten katılımcılar TY grubuna dâhil edilmiştir.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 35,4 nk

**Silinmiş:** ı

**Silinmiş:** ttik

**4.2.3. Yeme Tutumu Testi (YTT):** YTT Garner ve Garfinkel tarafından 1979 yılında geliştirilmiş ve AN belirtilerini objektif olarak ölçen bir kendini değerlendirme ölçeği olarak ortaya konmuştur (Garner ve Garfinkel, 1979). Test yeme bozukluklarının tanısında karakteristik bir belirleyici olarak tüm dünyada kullanılmaktadır. Hastalık için yüksek risk grubu oluşturan topluluklarda tarama aracı olarak kullanılmaktadır. Klinik değerlendirmede daha ayrıntılı bilgi sağladığı gibi tedavi sonucu ortaya çıkan değişiklikleri de belirlemektedir. YTT'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Savaşır ve Erol tarafından yapılmıştır (Savaşır ve Erol, 1989). Bu araştırmacılar ölçeğin test-tekrar test güvenilirliğini  $r = 0,65$ , Cronbach alfa iç tutarlılık sayısını ise  $.70$  olarak belirlemişlerdir. Test 40 sorudan oluşmakta ve "daima- hiçbir zaman" şeklinde altı basamaklı Likert formunda değerlendirilmektedir. Her bir uç yanıt için 3, diğerleri için 2 ve 1 puan verilerek değerlendirilmektedir. YTT için kesme değeri 30 puandır. 30 puan ve üstü puan alan

**Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralandırma

**Silinmiş:** Ölçeği

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** -Bir tıp fakültesi öğrencilerinde olası yeme bozukluğu...

**Silinmiş:** (Batıgün, Yeme Tutumu ve Öfke).

**Silinmiş:** -40

kişiler yeme bozukluğu riski olan kişiler olarak değerlendirilmektedir. Puan artışı patoloji işaretidir.

**Silinmiş:** (Bir Tıp fakültesi...)

**4.2.4. Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği (BÇÖ):** Araştırmacı tarafından hazırlanıp henüz geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmamış bir testtir. Daha ileri çalışmalar yapılması için grupların bu ölçekte farklılaşıp farklılaşmadığını görmek amaçlanmaktadır. Verilerin değerlendirilmesi sonucunda bu ölçekte ilgili bulgular şöyledir:

**Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralandırma

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Ölçeğin güvenilirlik derecesini belirlemek için yapılan Cronbach alpha analizine göre  $\alpha = .94$ 'tür.

Araştırmada BÇÖ'nün diğer bilişsel testler olan ODÖ ve FOTÖ'yle korelasyonuna da bakılmıştır. BÇÖ ve ODÖ arasındaki korelasyon değeri .61 olup .0001 düzeyinde anlamlıdır ( $r=.61, p<.0001$ ). BÇÖ ve FOTÖ arasındaki korelasyon değeri ise .0001 düzeyinde anlamlı olup  $r= .37$ 'dir. Bu sonuçlar ölçeğin bilişsel çarpıtmalar açısından bir fikir verebileceğini düşündürmektedir. Ancak ölçekte ilgili daha ileri geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarına gerek vardır.

**Silinmiş:** bize

**4.2.5. Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ):** Secord ve Jourard (1953) tarafından geliştirilen vücut algısı ölçeği, kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve çeşitli beden işlevlerinden ne kadar hoşnut olduklarını ölçmeyi amaçlar. Ölçekte 40 madde bulunur. Ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında değişmekte olup, alınan yüksek puanlar hoşnut olma derecesinin yüksekliğini gösterir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik çalışması Hovardaoğlu tarafından yapılmıştır (Pınar, 2002).

**Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralandırma

**Silinmiş:** (Secord,- Obezite tedavisinde sekiz haftalık izlem...)

**Silinmiş:** (1993)

**Silinmiş:** Hovardaoğlu... Obezite e Benlik İmaji Rukiye

**4.2.6. Edinburgh Bulimiya Araştırma Anketi (BITE):** Yeme tutumlarını ve bulimik özellikleri tarama amacını taşıyan 33 soruluk bu testin iki ayrı popülasyonda uygulanması sonucu elde edilen geçerlik ve güvenilirlik derecesi tatmin edici düzeydedir. Orijinal araştırmanın Semptom Alt Ölçeği için alfa değeri .096, Ciddiyet Ölçeği için .62'dir (Henderson ve Freeman, 1987). Ölçek iki alt ölçeğiyle hem semptomları hem de ciddiyet derecesini tespit eder. Semptom alt ölçeği 30

**Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralandırma

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** ,

maddeden oluşmakta olup yeme semptomları ve alışkanlıklarıyla ilişkilidir. Üç madde ise tıknırcasına yeme ve kusma davranışının ciddiyetini ölçer. Semptom alt ölçeğinden en fazla 30 puan alınabilecek olup 20 ve üzeri semptom skorunu, en fazla 39 alınabilecek olan ciddiyet derecesi alt ölçeğinde 5 ve üzeri ciddiyet skoru nu, 25 ve üzerindeki semptom ve ciddiyet skoru toplamı klinik önem taşıyan kesme puanını işaret eder. Semptom alt ölçeği skoru üç gruba ayrılabilir: düşük (0-9), orta (10-20) ve yüksek (20-30). (Henderson ve Freeman, 1987).

Silinmiş: .

Ölçeğin henüz Türkçe’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır. Ancak grupları ayırırken bir hata yapmadığımızı kesinleştirmek ve dört alt grubumuzun yeme özellikleri bakımından birbirinden farklı olduğunu desteklemek için çalışmada daha önce Türkiye’de başka çalışmalarda da kullanılan Orhan’ın (İ.Ü. Tıp Fakültesi Mecmuası, 1999) çevirisi kullanılmıştır.

Silinmiş: biz

Silinmiş: mız

Silinmiş: Prof. Dr. Yusuf

Silinmiş: Ü Dergisi

Silinmiş: ..)

Silinmiş: ni

Silinmiş: dık

Silinmiş: Bizim araştırmamızda

Bu çalışmada 136 kişi için bu testin Cronbach alfa değeri .82’dir. Bu da ölçeğin iç tutarlılığının olduğunu, daha ileri çalışmalar yapıldığı takdirde ölçeğin kullanılabilmesine dair bir işaret vermektedir.

**4.2.7. Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ):** Hollon ve Kendall tarafından geliştirilen bu ölçek depresyondaki otomatik düşüncelerin sıklığını belirlemek için hazırlanmıştır. Ölçek 30 maddeden oluşmakta ve her madde için “hiçbir zaman”, “bazen”, “oldukça sık”, “sık sık” ve “her zaman” şıklarından birinin seçilmesi istenir. Cevaplar 1 ile 5 arasında değişen puanlarla değerlendirilir. Alınan yüksek puanlar otomatik düşüncelerin de sıklığını gösterir (Hollon ve Kendall, 1980).

Bıçimlendirilmiş: Madde İşaretleri ve Numaralandırma

Silinmiş: a

Silinmiş: (Ek...)

Ölçeğin orijinal formu 788 üniversite öğrencisinden elde edilen bir düşünce listesinden 100 maddenin seçilmesiyle oluşturulmuştur. Seçilen bu 100 madde 312 öğrenciden oluşan başka bir örnekleme uygulanmış ve depresif ve depresif olmayan grupları ayırtedebilen 30 madde seçilerek ölçek son haline getirilmiştir.

Silinmiş: ¶

Ölçek, depresif, depresif olmayan psikopatolojik ve diğer hastalar olmak üzere üç ayrı gruba uygulanmış ve Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları sırasıyla .94,

.89 ve .91 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme güvenilirliği depresif grup için  $r = .91$ , depresif olmayan psikopatolojik grup için  $r = .59$  ve diğer hastalar için  $r = .87$  olarak bulunmuştur.

Ölçeğin ölçüt bağıntılı geçerlik çalışması da ölçeğin Beck Depresyon Envanteri ve MMPI-D skalası ile korelasyonuna bakılarak bulunmuştur. Bu korelasyon katsayılarının .87 ve .85 olduğu görülmüştür.

Ölçeğin Türkçe formuyla ilgili ilk çalışmalar Yeniçeri tarafından yapılmıştır (Aytar,1987). Klinikte majör depresyon tanısı alan hastalara Aytar tarafından uygulanmış ve geçerlik ve güvenilirliği araştırılmıştır. Depresif hasta ve kontrol grubu arasındaki fark .001 düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları 1992 yılında tamamlanmıştır. Ölçek Türkçe'ye dört araştırmacı tarafından ayrı ayrı çevrilmiş, daha sonra bu dört çeviri bir uzman görüşüne sunularak orijinal maddeleri en iyi temsil eden maddeler ölçeğe dâhil edilmiştir (Berk, 2006).

Türkçe formun iç tutarlık güvenilirlik çalışması 345 kişilik bir öğrenci grubuyla yapılmış, Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .93 olarak bulunmuştur. 57 depresif hasta ve 57 normal olmak üzere 114 kişilik bir örneklemden elde edilen katsayı ise .95'tir. Ölçeğin Aytar (1987) tarafından 21 depresif ve 20 depresif olmayan psikopatolojik ve 20 diğer hasta grubu olmak üzere uygulanan üç grupta elde edilen Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları sırasıyla .94, .89 ve .91 olarak bulunmuştur (Savaşır, Boyacıoğlu, Kabakçı, 1996).

Madde toplam puan korelasyonları .35 ile .69 arasında bulunmuştur. Yarıya bölme güvenilirlik katsayısı ise .95 olarak belirtilmiştir (Şahin ve Şahin, 1992).

Ölçeğin Beck Depresyon Envanterine göre semptomatik olan ve olmayan grupları anlamlı olarak ayırt edebildiği belirtilmektedir (Şahin ve Şahin, 1992).

Silinmiş: r

Aydın ve Aydın'ın (1990) çalışmasında da ölçeğin depresif olan ve olmayan grupları ayırt edebildiği bildirilmektedir.

Ölçeğin her bir maddesinin ayrı ayrı geçerliğine bakılmış ve 30 maddenin 30'unun da ayırıcı geçerliği olduğu bulunmuştur (Şahin ve Şahin, 1992).

Yapı geçerliğini tespit etmek amacıyla yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin "Kişinin kendine yönelik negatif duygu düşünceleri" (2, 3, 7, 8, 17, 18, 21, 23, 24 ve 27. Maddeler), "Şaşkınlık/kaçma fantazileri" (13, 14, 15, 19, 20 ve 22 maddeler), "Kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri" (9, 26 ve 29. maddeler), "Yalnızlık/izolasyon" (1, 4, 10 ve 28. maddeler) ve "Ümitsizlik" (6, 11, 12 ve 25. maddeler) olmak üzere 5 faktörden oluştuğu belirtilmektedir (Şahin ve Şahin, 1992).

**4.2.8. Kısa Semptom Envanteri (KSE):** Bu ölçek, çeşitli psikolojik belirtileri taramak amacıyla Derogatis (1993) tarafından geliştirilmiştir. SCL-90-R ile yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış olan 53 madde seçilmiştir. Kısa sürede kolayca uygulanabilen ölçek SCL-90-R'de olduğu gibi 9 alt ölçek, ek maddeler ve 3 global indeksten oluşur.

<b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil
<b>Silinmiş:</b> Ç
<b>Biçimlendirilmiş:</b> Madde İşaretleri ve Numaralandırma
<b>Silinmiş:</b> geliştirilen bu ölçek
<b>Silinmiş:</b> 2
<b>Silinmiş:</b> Bu ölçek
<b>Silinmiş:</b> erek geliştirilmiştir

Alt ölçekler ve global indekslerin içeriği şöyledir:

Somatizasyon (S):2, 7, 23, 29, 30, 33 ve 37. maddeler.

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB):5, 15, 26, 27, 32 ve 36. maddeler.

Kişiler arası duyarlılık (KD):20, 21, 22 ve 42. maddeler

Depresyon (D):9, 16, 17, 18, 35 ve 50. maddeler.

Anksiyete bozukluğu (AB):1, 12, 19, 38, 45 ve 49. maddeler.

Hostilite (H):6, 13, 40, 41 ve 46. maddeler.

Fobik anksiyete (FA):8, 28, 31, 43 ve 47. maddeler.

Paranoid düşünceler (PD):4, 10, 24, 48 ve 51. maddeler.

Psikotizizm (P):3, 14, 34, 44 ve 53. maddeler.

Ek maddeler (EM):11, 25, 39 ve 52. maddeler.

*Rahatsızlık ciddiyeti indeksi:* Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi yoluyla elde edilir.  $(S+OKB+KD+D+AB+H+FA+PD+P+EM/53)$ .

*Belirti toplam indeksi:* 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin (pozitif olan tüm değerlerin) 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır.

**Silinmiş:**

*Semptom rahatsızlık indeksi:* Alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir.  $(S+OKB+KD+D+AB+H+FA+PDP+EM)/$  belirti toplamı.

İç tutarlık güvenilirlik çalışmasında ayaktan tedavi görmekte olan 719 psikiyatrik, 626 erkek hipertansiyon hastası ve 25 hasta olmayan kişi ile yapılmış üç farklı araştırmada, Kısa Semptom Envanteri'nin 9 alt ölçeği için elde edilen Cronbach Alfa iç tutarlık katsayılarının 0.71 ve 0.85 arasında değiştiği belirtilmektedir.

60 normal yetişkin ile iki hafta ara ile yapılmış olan test- tekrar test güvenilirlik katsayıları 9 alt ölçek için  $r=0.68$  ve  $r=0.91$  arasında bulunmuştur.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

Ölçek ile ilgili olarak çok sayıda geçerlik çalışması yapılmış ve bu çalışmaların sonucunda BSI ile MMPI klinik ölçekleri, MMPI içerik ölçekleri ve küme ölçekleri arasındaki korelasyonların 0.30'un üzerinde bulunduğu ve bu korelasyonların SCL-90'dan elde edilen korelasyonlar ile bazı ölçeklerde tümüyle özdeş, diğerlerinde ise çok yakın olduğu belirtilmektedir.

Yapılan çeşitli çalışmalarda ölçeğin sigara içenler ile içmeyenleri, gerçek kalp hastaları ile kroner hastalığı olmayanları ve intihar riski olan şizofrenler ile olmayan şizofrenleri anlamlı olarak ayırt edebildiği görülmüştür.

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin orijinal formu her iki dili de çok iyi bilen üç akademisyen tarafından ayrı ayrı çevrilmiş daha sonra ise bir uzman tarafından ters çevirme işlemi yapılmıştır.

**Silinmiş:** Nesrin Hisli

**Silinmiş:** Ayşegül

Sonuçta orijinal maddeleri en iyi temsil ettiği düşünülen ifadeler seçilerek Türkçe formu oluşturulmuştur.

Üç ayrı çalışmada ölçeğin toplam puanından elde edilen Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları 0.96 ve 0.95, alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise 0.55 ve 0.86 arasında değişmektedir.

Yapılan üç ayrı çalışma sonucunda envanterin alt ölçeklerinin ve üç global indeks puanlarının Sosyal Karşılaştırma Ölçeği ile  $-0.14$  ve  $-0.34$  arasında, Boyun Eğicilik Ölçeği ile  $0.16$  ve  $0.42$  arasında, Strese Yatkinlik Ölçeği ile  $0.24$  ve  $0.36$  arasında, UCLA-Yalnızlık Ölçeği ile  $0.13$  ve  $0.36$  arasında, Offer Yalnızlık Ölçeği ile  $-0.34$  ve  $-0.57$  arasında, Beck Depresyon Envanteri ile ise  $0.34$  ve  $0.70$  arasında değişen korelasyonlar gösterdiği belirlenmiştir.

Ölçeğin madde geçerliğini belirleyebilmek amacıyla örneklem, Strese Yatkinlik Ölçeği'nden alınan puanlara göre "strese yatkin" ve "strese yatkin olmayan" şeklinde uç gruplara ayrılmış ve 53 maddenin yalnızca üç maddesinin (4, 8, 26) ayrıricılığının istatistik anlamlılık düzeyine ulaşamadığı görülmüştür. Ölçeğin toplam puanı üzerinden yapılan analiz sonucunda ise ölçeğin bu iki uç grubu anlamlı düzeyde ayırt edebildiği bulunmuştur.

**4.2.9. Beck Depresyon Envanteri (BDE):** Depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir.

**Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralandırma

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Ölçek 21 belirti kategorisini içerir: Duygudurum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, doyumсуuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içedönüklük, kararsızlık, beden imajı, çalışılabilirliğin ketlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk-bitkinlik, iştahın azalması, cinsel dürtü kaybı.

Formda 21 belirti kategorisinin her birinde dört seçenek vardır. Uygulama günü de dahil olmak üzere, geçirilen son bir hafta içinde, kişinin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenir.

**Biçimlendirilmiş:** Satır aralığı: 1.5 satır

Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Bu puanların toplanmasıyla, depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir. Beck (1972), ölçek puanına göre depresyonu şu şekilde sınıflandırmıştır:

0-13 puan :	Depresyon yok
14-24 puan :	Orta derecede depresyon
25 puan ve üstü:	Ağır depresyon

Beck Depression Inventory için Türkiye'de birbirinden bağımsız iki uyarlama çalışması yapılmıştır. Bunlardan biri Buket Tegin (Erkal) tarafından "Beck Depresyon Ölçeği" adı ile yapılan uyarlama çalışmasıdır (1980). Diğeri ise, Nesrin Şahin (Hisli) tarafından "Beck Depresyon Envanteri" adı ile yapılan çalışmadır (1988-1989). Tegin'in çalışmasında test-tekrar test yöntemiyle güvenilirlik katsayısı .65, iç tutarlılığı iki yarım korelasyon yöntemiyle üniversite öğrencileri için .78, depresif hastalar için .61 olarak bulunmuştur (Alçalar, 1999).

**Silinmiş:** çlalar

Hisli'nin çalışmasında iki yarım test güvenilirlik katsayısı 259 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada .74 olarak bulunmuştur (Savaşır ve Şahin, 1997).

**Silinmiş:** Hisli, 1989

Hisli'nin (1988) poliklinik hastalarıyla yaptığı geçerlik güvenilirlik çalışmasında Beck Depresyon Envanteri'nin kesme noktaları da incelenmiştir, 17 ve üstündeki BDE puanlarının, tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edilebildiği görülmüştür. Bu bulgunun literatürle de tutarlı olduğu belirtilmektedir. Hisli'nin bu kesme noktalarını alarak yaptığı bir çalışmada, BDI puanı 21 ve üstünde olan ikinci kuşak Almanya'dan dönüş yapan öğrencilerin, "yerli akranlarından" istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılıktıkları görülmüştür (Savaşır ve Şahin). 70 psikiyatrik hasta ve 189 üniversite öğrencisinin

**Silinmiş:** B

**Silinmiş:** ina

**Silinmiş:** ilan

**Silinmiş:** (Hisli, 1989)

**Silinmiş:**



karşılaştırıldığı bir çalışmada BDE'nin bu iki grubu anlamlı olarak ayırt ettiği görülmüştür. (Şahin ve ark., 1993).

**Silinmiş:** .

**Biçimlendirilmiş:** Satır aralığı: 1.5 satır

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralandırma

**Silinmiş:** (1978)

**4.2.10. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ):** Depresyonla ilişkili olan fonksiyonel olmayan tutumların ortaya çıkma sıklığını değerlendiren ölçek Weissman ve Beck tarafından hazırlanmıştır (Savaşır ve Şahin, 1997). 40 maddeden oluşan ölçek 1-7 arasında değişen puanlar verilir. 2, 6, 12, 17, 24, 29, 30, 35, 37, ve 40. maddelerin fonksiyonel olan tutumlara işaret ettiği varsayıldığından, bu maddeler ters olarak puanlanır. Puan aralığı 40-280'dir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin fonksiyonel olmayan tutumlarının sıklığını gösterir.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Öğrenci örneklemini üzerinde yapılan çalışmalarda Cronbach alfa güvenirlik katsayılarının .87 ile .92 arasında, madde-toplum puan korelasyonlarının ise .20 ile .50 arasında değiştiği bildirilmektedir.

**Biçimlendirilmiş:** Satır aralığı: 1.5 satır

Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayıları .54 ile .84 arasında değişmektedir. Ölçeğin Beck Depresyon Envanteri ile korelasyonlarının .30 ile .65 arasında, Otomatik Düşünceler Ölçeği ile ise .43 ve .64 arasında olduğu belirtilmektedir.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 35,4 nk

Ölçeğin Türkiye uyarlaması Şahin ve Şahin (1992) tarafından yapılmıştır. Toplam 345 üniversite öğrencisinden oluşan örneklem grubu üzerinden elde edilen Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .79, madde-toplam puan korelasyonlarının ortalaması .34 olarak bulunmuştur. Ölçekten elde edilen iki yarım test güvenirliği ise  $r=.72$  dir.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 35,4 nk

Ölçeğin Beck Depresyon Envanteri ile korelasyonu .19, Otomatik Düşünceler Ölçeği ile korelasyonu ise .29 olarak bulunmuştur.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 35,4 nk

Çalışmada Beck Depresyon Envanteri'nden yüksek ve düşük puan alan bireylerden iki uç grup oluşturulmuş ve yapılan analiz sonucunda Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği'nin bu iki grubu anlamlı olarak ayırdedilebildiği

bulunmuştur. Aynı analiz ölçeğin her bir maddesi için de yapılmış ve toplam 40 maddeden 12 tanesinin bu grupları ayırt edebildiği görülmüştür. (3, 4, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 20, 26, 28, 31).

Yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin “Mükemmelci tutum” (1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 20, 26, 31 ve 33. maddeler,  $\alpha=.81$ ), “Onaylanma ihtiyacı” (19, 21, 22, 23, 27, 28, 32, 34, 38, 39 ve 40. maddeler,  $\alpha=.74$ ), “Bağımsız tutum” (2, 12, 17, 18, 24 ve 35. maddeler,  $\alpha=.26$ ) ve “Değişken Tutum” (6, 29, 30, 36 ve 37. maddeler,  $\alpha=.10$ ) olmak üzere 4 faktörden oluştuğu bulunmuştur.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 35,4 nk

Araştırmacıların belirttiklerine göre, ölçeğin güvenirlik katsayıları ve faktör yapısı orijinal form ile benzerlik göstermesine rağmen, bu çalışmada elde edilen FOTÖ-A ortalamaları, literatürde belirtilenlerle karşılaştırıldığında, olağanın dışında çok yüksektir. Araştırmacıların gözlenen bu anormalliğin ters maddelerden kaynaklanıyor olabileceğini ve faktör analizi bulgularının da bu ters maddelerin yetersizliğine ilişkin ek kanıtlar sergilediğini belirtmektedir. Elde edilen faktörlerden oluşturulan dört alt ölçek arasında, depresif ve depresif olmayan grupları ayırt edemeyen tek alt ölçek, bu 10 ters maddenin 6’sını içererek oluşmuş, “Bağımsız Tutum” adı verilen alt ölçektir.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 35,4 nk

**Silinmiş:** ,

**Silinmiş:** t

Sonuç olarak araştırmacılar, ters olarak puanlanan ve “Bağımsız tutum”u ifade eden bu 10 maddenin, insanlar arası ilişkilerin daha yoğun olduğu ve sosyal olarak tanımlanan benliğin daha önemli görüldüğü toplumlarda geçerli olmayabileceğini belirterek, farklı kültürel ortamlardan gelen deneklerle çalışan araştırmacıların FOTÖ-A’nın içerdiği bu yanlılığı göz önünde bulundurmaları gerektiğine dikkati çekmektedir. Ters çevrilerek puanlanması gereken maddelerin bu çalışmada depresif ve depresif olmayan grupları anlamlı olarak ayırt edebilen, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 20, 26, 28, 31. maddeler olduğu ileri sürülerek bu sorunun yanıtının yapılacağı diğer araştırmalarla bulunabileceği belirtilmektedir.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 35,4 nk

**Silinmiş:**

**Silinmiş:** ¶

**Biçimlendirilmiş:** Satır aralığı: 1.5 satır

### 4.3. İŞLEM

Eylül 2006 ve Nisan 2007 tarihleri arasında İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları, Şişmanlık Polikliniğine ilk kez başvuran ve araştırma ölçütlerine uyan gönüllü hastalarla bire bir görüşülerek çalışmanın amacı kısaca anlatılmış, katılmayı kabul edip onay formunu imzalayanlara test bataryası verilmiştir. Bütün hastalara aynı sırada verilen test bataryası, poliklinikteki bir odada 40-60 dakikalık bir süre içinde, araştırmacının gözetiminde uygulanmış, hastalar tarafından doldurulmuştur.

Silinmiş: ler

Testler, BKİ'si 25'in altında olan ve kontrol grubunu oluşturan gönüllü deneklere kendi ev ortamlarında, aynı sırada uygulanmıştır.

### 4.4. İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER

Gruplar arasında fark olup olmadığını görmek için Tek Yönlü ANOVA, hangi gruplar arasında farklılaşma olduğunu görmek için Scheffe analizi yapılmıştır. Puanları normal dağılım göstermeyen testler için Nonparametrik Kruskal Wallis analizi, farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu görmek için Mann-Whitney U analizi yapılmıştır. Ayrıca  $X^2$ , t testi ve korelasyon analizi uygulanmıştır.

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
Kalın Değil

Silinmiş: ¶

## 5. BULGULAR

### 5.1. Demografik Bulgular

Tedavi için gelen bütün obez bireyleri çalışmamıza dâhil etmeyip, bazı dışlama ölçütleri kullandığımız için obez grup içerisindeki TYB oranını hesaplama yoluna gitmedik.

Dört grubun eğitim süresi 5-16 yıl aralığında değişmekte olup, TYB grubundaki deneklerin eğitim yılı ortalaması 10.19'dur (SS= 3.86). TY grubunda bulunan deneklerin eğitim yılı ortalaması 11.76'dır (SS= 4.54). TYO grubunda bulunan deneklerin eğitim yılı ortalaması 11.60'tır (SS= 4.48). Kontrol grubunda bulunan deneklerin eğitim yılı ortalaması 12.95'tir (SS= 3.38). Yapılan varyans analizi sonucunda dört grup arasında eğitim düzeyleri açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır, [F (3,135) = 2.56, p>.05] ([BKZ: Tablo 2](#)).

TYB grubundaki hastaların % 35'i (n= 9) çalışmakta olup, %65'i (n= 17) ev hanımıdır. TY grubundaki hastaların % 41'i (n= 7) çalışmakta olup, % 59'u (n= 10) ev hanımıdır. TYO grubundaki hastaların % 30'u (n= 15) çalışmakta olup, % 70'i (35) ev hanımıdır. Kontrol grubundaki deneklerin % 49'u (n= 21) çalışmakta olup, % 51'i (n= 22) ev hanımıdır. Yapılan X<sup>2</sup> testinde dört grubun çalışma durumları bakımından anlamlı şekilde farklılaşmadığı saptanmıştır (X<sup>2</sup>= 3, 69) ([BKZ. Tablo 2](#)).

TYB grubundaki hastaların % 15'inin (n= 4) ekonomik durumunun düşük, % 81'inin (n= 21) orta, % 4'ünün (n= 1) yüksek olduğu tespit edilmiştir. TY grubundaki hastaların % 100'ünün (n= 17) orta gelir düzeyine sahip olduğu görülmüştür. TYO grubundaki hastaların % 10'unun (n= 5) ekonomik durumunun düşük, % 88'inin (n= 44) orta ve % 1'nin (n= 2) yüksek gelir düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunu oluşturan deneklerinse % 5'inin (n= 2) yüksek, % 88'inin (n=38) orta, % 7'sininse (n= 3) yüksek gelir grubuna ait olduğu saptanmıştır. Yapılan X<sup>2</sup> testine göre grupların eğitim durumları arasındaki farkın anlamsız olduğu görülmüştür (X<sup>2</sup>= 6.65 ) ([BKZ. Tablo 2](#)).

Silinmiş: ¶

¶  
¶  
¶  
¶  
¶  
¶  
¶  
¶  
¶

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

Silinmiş: ...)

TYB grubundaki hastaların % 69'unun (n= 18) evli, % 27'sinin (n= 7) bekâr, % 4'ünün (n= 1) boşanmış olduğu bulunmuştur. TY grubundaki hastaların % 59'unun (n= 10) evli, % 35'inin (n= 6) bekâr, % 6'sının (n= 1) dul olduğu görülmüştür. TYO grubundaki hastaların % 60'nın (n= 30) evli, % 36'sının (18) bekâr, % 4'ünün (n= 2) dul olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki kişilerin % 70'i (n= 30) evli, % 28'i (n= 12) bekâr, % 2'si (n=1) boşanmıştır. Medeni durum açısından dört grup arasındaki farkın anlamsız olduğu bulunmuştur ( $X^2= 7.16$ )

([BKZ. Tablo 2](#)).

Silinmiş: ...).

Silinmiş: ¶

**Biçimlendirilmiş:** Satır aralığı: 1.5 satır

**Tablo 2:** Dört araştırma grubunun demografik değişkenlere göre dağılımları

	TYB	TY	TYO	Kontrol	Anlamlılık Düzeyi
<b>YAŞ</b>					
X	33.81	33.06	32.26	32.28	F=3.69*
SS	8.84	9.12	8.55	7.97	
<b>MEDENİ DURUM</b>					
Evli	18 (%69)	10 (%59)	30 (%60)	30 (%70)	
Bekâr	7 (%27)	6 (%35)	18 (%36)	12 (%28)	X <sup>2</sup> = 7.16*
Diğer	1 (% 4)	1 (% 6)	2 (%4)	1 (%2)	
<b>EĞİTİM</b>					
X	10.19	11.76	11.60	12.95	F= 2.56*
SS	3.86	4.54	4.48	3.38	
<b>ÇALIŞMA DURUMU</b>					
EVET	9 (% 35)	7 (% 41)	15 (%30)	21 (%49)	X <sup>2</sup> = 3.69*
HAYIR	17 (%65)	10 (%59)	35 (%70)	22 (%51)	
<b>EKONOMİK DURUM</b>					
DÜŞÜK	4 (% 15)	0	5 (%10)	2 (%5)	
ORTA	21 (%81)	17 (%100)	44 (%88)	38 (%88)	X <sup>2</sup> = 6.65*
YÜKSEK	1 (%4)	0	1 (%2)	3 (% 7)	

\* Anlamlı değil

TYB grubundaki hastaların kilo aralığı 69-122 arasında değişmekte olup ortalaması 97.93'tür (SS=15.38); aynı grubun BKİ ortalaması 38.25'tir (SS=5.49). TY grubundaki hastaların kilo aralığı 83-114 arasında değişmekte olup ortalaması 97.75'tir (SS=10.56); bu grubun BKİ ortalaması 37.88'dir (SS=5.35). TYO grubundaki hastaların kilo aralığı 72-155 arasında değişmekte olup ortalaması

Silinmiş: ABLO
Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın
Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın
Biçimlendirilmiş ... [25]
Biçimlendirilmiş ... [26]
Biçimlendirilmiş ... [27]
Silinmiş: Düzeyi
Biçimlendirilmiş ... [28]
Biçimlendirilmiş ... [29]
Biçimlendirilmiş ... [30]
Silinmiş: .
Biçimlendirilmiş ... [31]
Silinmiş: F=3.69*¶
Biçimlendirilmiş ... [32]
Biçimlendirilmiş ... [33]
Biçimlendirilmiş ... [34]
Biçimlendirilmiş ... [35]
Biçimlendirilmiş ... [36]
Biçimlendirilmiş ... [37]
Silinmiş: .
Biçimlendirilmiş ... [38]
Silinmiş: 7.16*
Biçimlendirilmiş ... [39]
Biçimlendirilmiş ... [40]
Biçimlendirilmiş ... [41]
Silinmiş: .
Biçimlendirilmiş ... [42]
Biçimlendirilmiş ... [43]
Biçimlendirilmiş ... [44]
Silinmiş: .
Biçimlendirilmiş ... [45]
Biçimlendirilmiş ... [46]
Biçimlendirilmiş ... [47]
Biçimlendirilmiş ... [48]
Silinmiş: .
Biçimlendirilmiş ... [49]
Silinmiş: .
Biçimlendirilmiş ... [50]
Silinmiş: .
Biçimlendirilmiş ... [51]
Silinmiş: .
Biçimlendirilmiş ... [52]
Biçimlendirilmiş ... [53]

102.46'dır (SS=18.96); bu grubun BKİ ortalaması 39.43'tür (SS= 7.48). Kontrol grubundaki kişilerin kilo aralığı 44-66 arasında değişmekte olup ortalaması 55.03'tür (SS=5.03); bu grubun BKİ ortalaması 20.59'dur (SS= 2.14). Gruplar arasında kilo bakımından fark olup olmadığını görmek için Tek Yönlü ANOVA analizi yapılmıştır. Farklılaşmanın hangi gruplar arasında anlamlı olduğunu görmek için yapılan Scheffe analizine göre bu farkın kontrol grubuyla diğer üç grup arasında olduğu saptanmıştır. Kilo ve BKİ için anlamlılık düzeyleri sırasıyla şöyledir: F (3,129)= 102.51, p<.0001 ve F (3, 133)= 104.01, p< .0001. TYB, TY ve TYO grupları arasındaysa kilo ve BKİ bakımından anlamlı bir fark yoktur (Bkz. Tablo 3)

**TABLO 3:** Grupların kilo ve BKİ ortalama ve standart sapmaları

	KİLO		BKİ	
	ORTALAMA	(SS)	ORTALAMA	(SS)
TYB	97.93	(15.83)	38.25	(5.49)
TY	97.75	(10.56)	37.88	(5.35)
TYO	102.46	(18.96)	39.43	(7.48)
Kontrol	55.03	(5.03)	20.59	(2.14)

## 5.2. Ölçeklerden Alınan Puanlarla İlgili Bulgular

Bu araştırmanın temel sorusu, TYB grubunun bilişsel yapı ve psikopatoloji açısından diğer gruplardan farklı olup olmadığıdır. Temel hipotezse TYB grubunun bilişsel yapı ve psikopatoloji açısından diğer gruplardan farklı olacağı şeklindedir. TYB grubunu sırasıyla TY, TYO ve kontrol gruplarının izlemesi beklenmektedir.

## Hipotez 1

Qtomatik düşünceler, fonksiyonel olmayan tutumlar ve bilişsel çarpıtmalar, tıkınırcasına yeme bozukluğunun olduğu obez grupta tıkınırcasına yemeyen obez gruba ve normal kontrol grubuna göre daha fazla olacaktır.

**Silinmiş:** Tıkınırcasına yeme bozukluğunun olduğu obez grupta

**Silinmiş:** o

Birinci hipotezi test etmek için dört gruba ODÖ, FOTÖ ve BÇÖ testleri verilmiştir. Elde edilen veriler aşağıda başlıklar halinde sıralanmıştır:

### ODÖ'den Alınan Puanlar

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** ¶  
¶

Grupların ODÖ'den aldığı puanlar normal dağılım göstermediği için nonparametrik bir test olan Kruskal-Wallis analizi yapılmış, farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu görmek için de Mann-Whitney U analizi uygulanmıştır. Kruskal-Wallis analizinden elde edilen sonuçlara göre gruplar arasında .0001 anlamlılık seviyesinde farklılaşma vardır ( $X^2= 49.11$ ,  $sd= 3$ ,  $p<.0001$ ). Mann-Whitney U analizine göre, TYB ve TYO grupları arasındaki ( $z= -5.35$ ,  $p<.0001$ ), TYB ve TY grupları arasındaki ( $z= -3.55$ ,  $p<.0001$ ), TYB ve kontrol grupları arasındaki ( $z= -5.88$ ,  $p<.0001$ ), TYO ve TY grupları arasındaki ( $z= -2.45$ ,  $p<.01$ ) fark anlamlıdır.

**Silinmiş:**

ANCOVA analiziyle depresyon kontrol edilerek grupların ODÖ puanları karşılaştırıldığında depresyon puanlarının anlamlı derecede farklılaştığı ( $F(1,131)= 99.18$ ,  $p<.0001$ ), ama grup ortalamaları arasındaki farkların depresyondan kaynaklanmadığı ( $F(3, 131)= 6.58$ ,  $p<.0001$ ) görülmüştür.

### FOTÖ'den Alınan Puanlar

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

TYB grubunun FOTÖ'den aldığı puanlar 82-222 aralığında olup, ortalaması 148.00'dir ( $SS=32.99$ ). TY grubunun bu ölçekten aldığı puanlar 91-170 aralığında olup, ortalaması 132.06'dır ( $SS= 25.82$ ). TYO grubunun FOTÖ'den aldığı puanlar



55-210 aralığında olup ortalaması 121.12'dir (35.32). Kontrol grubunun FOTO'den aldığı puanlar 66-206 aralığında olup, ortalaması 129.60'tır (SS= 29.41).

Yapılan ANOVA analizine göre gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma vardır (F (3,135)= 4.04, p<.009). Scheffe Analizi bu farkın beklendiği gibi TYB ve TYO grupları arasında anlamlı olduğunu göstermektedir (BKZ. Tablo 4).

Ancak depresyon kontrol edilerek grupların FOTO puanları karşılaştırıldığında depresyon puanlarının anlamlı derecede farklılaştığı (F (1,131)= 14.22, p<.0001) ve grup ortalamaları arasındaki farkların depresyona bağlı olduğu (F (3, 131)= 1.17, p=.32) görülmüştür.

### **BÇÖ'den Alınan Puanlar**

TYB grubunun BÇÖ'den aldığı puanlar 58-135 arasında değişmekte olup ortalaması 95.81'dir (SS= 21.52). TY grubunun aynı ölçekten aldığı puanlar 51-128 arasında değişmekte olup ortalaması 78.35'tir (SS= 19.45). TYO grubunun BÇÖ'den aldığı puanlar 37-112 arasında değişmekte olup ortalaması 72.34'tür (SS= 17.13). Kontrol grubunun BÇÖ'den aldığı puanlar 31-109 arasında değişmekte olup ortalaması 49.72'dir (SS= 16.60).

BÇÖ'nün gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığına bakmak için Tek Yönlü ANOVA analizi yapılmış ve böyle bir farkın bulunduğu görülmüştür, [F (3-135)= 36.72, p<.0001]. Farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu görmek için yapılan Scheffe analizi sonucuna göre TYB grubu, TY, TYO ve Kontrol grubuyla anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. TY ve TYO grupları birbiriyle farklılaşmayıp Kontrol grubuyla anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. (BKZ. Tablo 4).

Depresyon kontrol edilerek grupların BÇÖ puanları karşılaştırıldığında depresyon puanlarının anlamlı derecede farklılaştığı (F (1,131)= 9.94, p<.002), ama grup ortalamaları arasındaki farkların depresyondan kaynaklanmadığı (F (3, 131)= 16.43, p<.0001) görülmüştür.

Silinmiş: ¶  
¶

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
Kalın Değil

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
Kalın

Silinmiş: . (BKZ. Tablo)

Silinmiş: .

## Hipotez 2

Tıkınırcasına yiyen obez grubun beden imajı, tıkınırcasına yemeyen obez ve normal kontrol grubuna göre daha olumsuz olacaktır. Bu hipotezi test etmek için gruplara VAÖ verilmiştir. Sonuçlar şöyledir:

Silinmiş: bozuk

### VAÖ'den Alınan Puanlar

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
Kalın Değil

Silinmiş:

Silinmiş: p

Silinmiş: ı

Verilere bakıldığında TYB grubunun VAÖ'den aldığı puanlar 56-165 aralığında olup ortalamasının 111.31 (SS= 20.99) olduğu görülmektedir. TY grubunun aldığı en düşük puan 69, en yüksek puansa 156'dır. Bu grubun puanlarının ortalaması 116.71'dir (SS= 25.83). TYO grubunun puanları 95-163 arasında değişmekte olup ortalaması 126.42'dir (SS= 17.48). Kontrol grubunun puanları 96-188 aralığında olup ortalaması 147'dir (SS= 21.01).

Verilere uygulanan ANOVA analizine göre vücut algısı puanları bakımından grupların anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ( $F(3,135) = 36.72, p < 0.0001$ ). Scheffe analizine göre bu fark TYB grubuyla TYO ve Kontrol grupları arasında, TY ve Kontrol grubu arasında, TYO ve Kontrol grubu arasında anlamlıdır. Vücut algısı açısından yalnızca TYB ve TY gruplarının birbirine benzer olduğu görülmüştür (BKZ. Tablo 4).

Depresyon kontrol edilerek grupların VAI puanları karşılaştırıldığında depresyon puanlarının anlamlı derecede farklılaştığı ( $F(1,131) = 36.46, p < 0.0001$ ), ama grup ortalamaları arasındaki farkların depresyondan kaynaklanmadığı ( $F(3, 131) = 8.64, p < 0.0001$ ) görülmüştür.

## Hipotez 3

Genel psikopatoloji, tıkınırcasına yiyen obez grupta, tıkınırcasına yemeyen obez ve normal kilodaki kontrol grubuna göre daha yüksek olacaktır.

Bu hipotezi test etmek için gruplara KSE testi verilmiştir. Sonuçlar şöyle sıralanabilir:

### **KSE'den Alınan Puanlar**

Bilindiği gibi bu test on alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler ve global indekslerden alınan puanlar şöyledir:

#### **KSE-Somatizasyon (S) puanları**

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın

TYB grubunun somatizasyon alt ölçeğinden aldığı puanların ortalaması 12.73'tür (SS= 8.52). TY grubunun bu ölçekten aldığı puanların ortalaması 9.12'dir (SS= 5.78). TYO grubu bu ölçekten 4.94 (SS= 4.78) puan almıştır. Kontrol grubunun bu ölçekten aldığı puanların ortalamasıysa 2.70'tir (**SS= 3.32**). Yapılan Tek Yönlü ANOVA analizine göre somatizasyon ölçeği açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (F (3,135)= 20.81, p<.0001). Scheffe analizine göre bu fark, TYB grubuyla TYO ve Kontrol grupları arasında, TY grubuyla Kontrol grubu arasında bulunmaktadır. (BKZ. Tablo 4).

**Silinmiş:** .

Depresyon kontrol edilerek grupların KSE-S puanları karşılaştırıldığında depresyon puanlarının anlamlı derecede farklılaştığı (F (1,131)= 43.78, p<.0001), ama grup ortalamaları arasındaki farkların depresyondan kaynaklanmadığı (F (3, 131)= 2.88, p<.04) görülmüştür.

Bu sonuçlar TYB grubunun somatizasyon puanının beklendiği gibi TYO ve Kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksek olduğunu göstermektedir. TYB ve TY gruplarının bu alt ölçekten aldıkları puanlar birbirine benzemektedir.

#### **KSE- Obsesif-kompulsif (OKB) bozukluk puanları**

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın

TYB grubunun obsesif-kompulsif bozukluk alt ölçeğinden aldığı puanların ortalaması 12.65'tir (SS= 5.17). TY grubunun bu ölçekten aldığı puanların

ortalaması 6,94'tür (SS= 4.99). TYO grubu bu alt ölçekten 4.18 (SS= 3.74) puan almıştır. Kontrol grubunun obsesif-kompulsif bozukluk alt ölçeğinden aldığı puanların ortalamasıysa 4.14'tür (SS= 3.66). Tek Yönlü ANOVA analizine göre grupların arasındaki fark anlamlı seviyededir (F (3,135)= 28.14, p<.0001). Scheffe analizine göre bu fark, TYB grubuyla TY, TYO ve Kontrol grupları arasındadır (BKZ. Tablo 4).

Silinmiş: .

Depresyon kontrol edilerek grupların KSE-OKB puanları karşılaştırıldığında depresyon puanlarının anlamlı derecede farklılaştığı (F (1,131)= 27.85, p<.0001), ama grup ortalamaları arasındaki farkların depresyondan kaynaklanmadığı (F (3, 131)= 5.80, p<.001) görülmüştür.

TYB grubu bu alt ölçekte beklendiği gibi diğer gruplardan anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. TY ve TYO grupları Kontrol grubuyla benzerlik göstermektedir.

#### **KSE-Kişiler arası duyarlılık (KD) puanları**

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

TYB grubunun kişiler arası duyarlılık alt ölçeğinden aldığı puanların ortalaması 8.27'dir (SS= 5.12). TY grubunun bu alt ölçekten aldığı puanların ortalamasıysa 3.76'dır (SS= 2.73). TYO grubu bu alt ölçekten 2.64 (SS= 2.91) puan almıştır. Kontrol grubunun kişiler arası duyarlılık alt ölçeğinden aldığı puanların ortalamasıysa 2.14'tür (SS= 1.83). Yapılan Tek Yönlü Varyans analizine gruplar arasında anlamlı derecede farklılaşma vardır (F (3,135)= 23.30, p<.0001). Scheffe analizine göre bu fark TYB grubuyla TY, TYO ve Kontrol grupları arasında anlamlıdır (BKZ. Tablo 4).

Silinmiş: .

Depresyon kontrol edilerek grupların KSE-KD puanları karşılaştırıldığında depresyon puanlarının anlamlı derecede farklılaştığı (F (1,131)= 32.15, p<.0001), ama grup ortalamaları arasındaki farkların depresyondan kaynaklanmadığı (F (3, 131)= 3.52, p<.02) görülmüştür.

Bu alt ölçekte de TYB puanları beklendiği gibi diğer gruplardan anlamlı derecede yüksektir. TY ve TYO gruplarıysa Kontrol grubundan farklı değildir.

#### **KSE- Depresyon (D) puanları**

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın

TYB grubunun depresyon alt ölçeğinden aldığı puanların ortalaması 12.92'dir (SS= 6.50). TY grubu bu alt ölçekten 5.18 (SS= 3.59) puan almıştır. TYO grubunun depresyon alt ölçeğinden aldığı puanların ortalaması 3.18'dir (SS= 3.67). Kontrol grubuysa depresyon alt ölçeğinden 2.74 (SS= 3.17) puan almıştır. Tek Yönlü ANOVA analizine göre bu ortalamalar arasında anlamlı bir fark vardır ( $F(3,135)=37.81, p<.0001$ ). Scheffe analizine göre bu fark TYB grubuyla TY, TYO ve Kontrol grupları arasında anlamlıdır. (BKZ. Tablo 4).

Silinmiş: (

Silinmiş: )

Silinmiş: .

#### **KSE - Anksiyete bozukluğu (AB) puanları**

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın

TYB grubunun anksiyete bozukluğu alt ölçeğinden aldığı puanların ortalaması 11.73'tür (SS= 7.13). TY grubu anksiyete bozukluğu alt ölçeğinden 6.06 (SS= 5.61) puan almıştır. TYO grubunun bu alt ölçekten aldığı puanların ortalaması 4.12'dir (SS= 3.50). Kontrol grubu anksiyete bozukluğu ölçeğinden 2.77 (SS= 2.89) puan almıştır. Tek Yönlü ANOVA analizine göre gruplar anlamlı derecede farklılaşmaktadır ( $F(3,135)=23.08, p<.0001$ ). Scheffe analizine göre bu fark TYB grubuyla TY, TYO ve Kontrol grupları arasında anlamlıdır. (BKZ. Tablo 4)

Silinmiş: (

Silinmiş: .

Depresyon kontrol edilerek grupların KSE-AB puanları karşılaştırıldığında depresyon puanlarının anlamlı derecede farklılaştığı ( $F(1,131)=53.67, p<.0001$ ), grup ortalamaları arasındaki farkların ( $F(3,131)=1.96, p>.12$ ) depresyondan kaynaklandığı görülmüştür.

Silinmiş: ¶

#### **KSE - Hostilite (H) puanları**

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın

TYB grubunun hostilite alt ölçeğinden aldığı puanların ortalaması 8.77'dir (SS= 5.29). TY grubunun bu ölçekten aldığı puanların ortalaması 5.76'dır (SS=

3.35). TYO grubunun hostilete alt ölçeğinden aldığı puanların ortalaması 3.34'tür (SS= 2.65). Kontrol grubunun bu alt ölçekten aldığı puanların ortalamasıysa 2.26'dır (SS= 2.01). Tek Yönlü ANOVA analizine göre grup ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır,  $F(3,135) = 24.72, p < .0001$ . Scheffé analizine göre bu fark TYB grubuyla, TY, TYO ve Kontrol grupları arasında, TY ve Kontrol grubu arasında anlamlıdır. (BKZ. Tablo 4).

Silinmiş: .

Depresyon kontrol edilerek grupların KSE-H puanları karşılaştırıldığında depresyon puanlarının anlamlı derecede farklılaştığı ( $F(1,131) = 29.22, p < .0001$ ), ama grup ortalamaları arasındaki farkların ( $F(3,131) = 4.28, p = .006$ ) depresyondan kaynaklanmadığı görülmüştür.

#### **KSE - Fobik Anksiyete (FA) puanları**

Silinmiş: a

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
Kalın

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
Kalın

TYB grubunun fobik anksiyete alt ölçeğinden aldığı puanların ortalaması 6.08'dir (SS= 1.94). TY grubu fobik anksiyete alt ölçeğinden 2.76 (SS= 3.51) puan almıştır. TYO grubunun bu alt ölçekten aldığı puanların ortalaması 1.50'dir (SS= 1.94). Kontrol grubunun fobik anksiyete ölçeğinden aldığı puanların ortalaması 1.33'tür (SS= 2.23). Tek Yönlü ANOVA analizine göre grup ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $F(3,135) = 15.61, p < .0001$ ). Scheffé analizine göre fobik anksiyete alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki bu fark TYB grubuyla TYO, TY ve Kontrol grupları arasında anlamlıdır. (BKZ. Tablo 4).

Silinmiş: .

Depresyon kontrol edilerek grupların KSE-FA puanları karşılaştırıldığında depresyon puanlarının anlamlı derecede farklılaştığı ( $F(1,131) = 22.47, p < .0001$ ), grup ortalamaları arasındaki farkların ( $F(3,131) = 2.01, p > .11$ ) depresyondan kaynaklandığı görülmüştür.

#### **KSE - Paranoid Düşünceler (PD) puanları**

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
Kalın

Silinmiş: d

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
Kalın

TYB grubunun paranoid düşünceler alt ölçeğinden aldığı puanların ortalaması 9.85'tir (SS= 5.46). TY grubunun paranoid düşünceler alt ölçeğinden

aldığı puanların ortalaması 5.41'dir (SS= 3.95). TYO grubunun aynı alt ölçekten aldığı puanların ortalaması 3.44'tür (SS= 3.06). Kontrol grubunun paranoid düşünceler alt ölçeğinden aldığı puanların ortalaması 3.07'dir (SS= 2.28). Tek Yönlü ANOVA analizine göre gruplar arasında anlamlı bir fark vardır (F (3, 135)= 23.40, p<.0001). Scheffe analizi bu farkların TYB grubuyla TY, TYO ve Kontrol grupları arasında anlamlı olduğunu göstermektedir. (BKZ. Tablo 4).

Silinmiş: .

Depresyon kontrol edilerek grupların KSE-PD puanları karşılaştırıldığında depresyon puanlarının anlamlı derecede farklılaştığı (F (1,131)= 15.47, p<.0001), ama grup ortalamaları arasındaki farkların (F (3,131)= 5.32, p<.002) depresyondan kaynaklanmadığı görülmüştür.

#### **KSE - Psikotizm (P) puanları**

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın

TYB grubunun psikotizm alt ölçeğinden aldığı puanların ortalaması 7.38'dir (SS= 4.35). TY grubunun psikotizm alt ölçeğinden aldığı puanların ortalaması 3.53'tür (SS= 2.90). TYO grubu aynı ölçekten 1.40 (SS= 1.57) puan almıştır. Kontrol grubu psikotizm alt ölçeğinden 1.63 (SS= 2.13) puan almıştır. Tek Yönlü ANOVA analizine göre psikotizm alt ölçeği puanları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (F (3,135)= 34.17, p<.0001). Scheffe analizine göre bu fark TYB grubuyla TY, TYO ve Kontrol grupları arasında, TY ve TYO grubu arasında anlamlıdır. (BKZ. Tablo 4).

Silinmiş: .

Depresyon kontrol edilerek grupların KSE-P puanları karşılaştırıldığında depresyon puanlarının anlamlı derecede farklılaştığı (F (1,131)= 27.78, p<.0001), ama grup ortalamaları arasındaki farkların (F (3,131)= 8.57, p<.0001) depresyondan kaynaklanmadığı görülmüştür.

#### **KSE- Ek Maddeler (EM) puanları**

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın

Silinmiş: m

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın

TYB grubunun ek maddelerden aldığı puanların ortalaması 7.58'dir (SS= 4.35). TY grubunun ek maddelerden aldığı puanların ortalaması 3.88'dir (SS= 3.12).

TYO grubunun ek maddelerden aldığı puanların ortalaması 2.76'dır (SS= 2.54). Kontrol grubunun ek maddelerden aldığı puanların ortalaması 1.98'dir (SS= 2.16). Tek Yönlü ANOVA analizine göre grupların ek maddelerden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (F (3,135)= 17.83), p<.0001). Scheffe analizine göre TYB grubuyla TY, TYO ve Kontrol grupları arasındaki fark anlamlıdır. (BKZ. Tablo 4).

Silinmiş: .

Depresyon kontrol edilerek grupların KSE-EM puanları karşılaştırıldığında depresyon puanlarının anlamlı derecede farklılaştığı (F (1,131)= 39.11, p<.0001), grup ortalamaları arasındaki farkların (F (3,131)= 1.35, p>.25) depresyondan kaynaklandığı görülmüştür.

#### **KSE - Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCİ) puanları**

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın

TYB grubunun RCİ'den aldığı puanların ortalaması 1.84'tür (SS= .92). TY grubunun RCİ'den aldığı puanların ortalaması .99'dur (SS= .57). TYO grubunun RCİ'den aldığı puanların ortalaması .59'dur (SS= .43). Kontrol grubunun RCİ'den aldığı puanların ortalaması .47'dir (SS= .40). Yapılan Tek Yönlü ANOVA analizine göre RCİ bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (F (3,135)= 37.98, p<.0001). Scheffe analizine göre bu fark TYB grubuyla TY, TYO ve Kontrol grubu arasında, TY ve Kontrol grubu arasında anlamlıdır. (BKZ. Tablo 4).

Silinmiş: .

Depresyon kontrol edilerek grupların KSE-RCİ puanları karşılaştırıldığında depresyon puanlarının anlamlı derecede farklılaştığı (F (1,131)= 62.65, p<.0001), ama grup ortalamaları arasındaki farkların (F (3,131)= 1.36, p<.0001) depresyondan kaynaklanmadığı görülmüştür.

#### **KSE - Belirti Toplam İndeksi (BTİ) puanları**

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın

Silinmiş: t

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın

Silinmiş: i

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın

Silinmiş: p

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın

TYB grubunun BTİ'den aldığı puanların ortalaması 36.77'dir (SS= 11.54). TY grubunun BTİ'den aldığı puanların ortalaması 28.65'tir (SS= 10.93). TYO grubunun BTİ'den aldığı puanların ortalaması 19.26'dır (SS= 10.67). Kontrol



grubunun BTİ'den aldığı puanların ortalaması 18.19'dur (SS= 11.64). Yapılan Tek Yönlü ANOVA analizine göre grup ortalamalı BTİ açısından anlamlı bir farklılaşma göstermektedir (F (3,135)= 19.04, p<.0001). Scheffe analizine göre gruplar arasındaki bu fark TYB grubuyla TYO ve Kontrol grubu arasında, TY grubuyla TYO ve Kontrol grupları arasında anlamlıdır. (BKZ. Tablo 4).

Silinmiş: .

Depresyon kontrol edilerek grupların KSE-BTİ puanları karşılaştırıldığında depresyon puanlarının anlamlı derecede farklılaştığı (F (1,131)= 29.61, p<.0001), ama grup ortalamaları arasındaki farkların (F (3,131)= 2.86, p<.05) depresyondan kaynaklanmadığı görülmüştür.

#### **KSE - Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRİ) puanları**

TYB grubunun SRİ'den aldığı puanların ortalaması 2.53'tür (SS= .85). TY grubunun SRİ'den aldığı puanların ortalaması 1.66'dır (SS= .45). TYO grubunun SRİ'den aldığı puanların ortalaması 1.47'dir (SS= .59). Kontrol grubunun SRİ'den aldığı puanların ortalaması 1.20'dir (SS= .48). Tek Yönlü ANOVA analizine göre grupların aldığı ortalamalar arasındaki farklar anlamlıdır (F (3,129)= 27.68, p<.0001). Scheffe analizine göre ortalamalar arasındaki bu fark TYB grubuyla, TY, TYO ve Kontrol grupları arasında anlamlıdır. (BKZ. Tablo 4)

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın

Silinmiş: r

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın

Silinmiş: i

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın

Depresyon kontrol edilerek grupların KSE-SRI puanları karşılaştırıldığında depresyon puanlarının anlamlı derecede farklılaştığı (F (1,131)= 29.00, p<.0001), ama grup ortalamaları arasındaki farkların (F (3,131)= 4.90, p<.004) depresyondan kaynaklanmadığı görülmüştür.

#### **Hipotez 4**

Depresyon, tıknırcasına yiyen obez grupta, tıknırcasına yemeyen obez ve normal kilodaki kontrol grubuna göre daha yüksek olacaktır.

### BDE'den Alınan Puanlar

Hem gruplar arasında depresyon açısından fark olup olmadığını, hem de depresyonu kontrol edebilmek için gruplara BDE uygulanmıştır. Araştırmanın hipotezine göre TYB grubunun depresyon düzeyinin diğer gruplardan yüksek olması beklenmektedir. Sonuçlar şöyledir:

TYB grubunun BDE'den aldığı puanların ortalaması 23.50'dir (SS= 9.22). TY grubu ise BDE'den 13.35 (SS=7.14) puan almıştır. TYO grubunun BDE'den aldığı puanların ortalaması 9.18'dir (SS= 6.43). Kontrol grubu bu ölçekten 6.84 (SS=5.35) puan almıştır. Yapılan Tek Yönlü ANOVA analizi bu puan ortalamalarının birbirinden anlamlı derecede farklı olduğunu göstermiştir (F (3,135)= 35.67, p<.0001). Scheffe analizine göre bu fark, TYB grubuyla TY, TYO ve Kontrol grupları arasında, TY grubuyla Kontrol grubu arasında anlamlıdır. TYO grubuyla TY ve Kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. (BKZ. Tablo 4).

Silinmiş .

TABLO 4: Araştırma ve kontrol gruplarının ölçeklerden aldığı puanların karşılaştırması

	TYB	TY	TYO	Kontrol	ANOVA	
	n= 26	n=17	n=50	n=43	F	p
	Ort. (SS)	Ort. (SS)	Ort. (SS)	Ort. (SS)		
FOTÖ	148.00 (32.99)	132.06 (25.82)	121.12 (35.32)	129.60 (29.41)	4.04	.009
BÇÖ	95.81 (21.52)	78.35 (19.45)	72.34 (17.17)	49.72 (16.60)	36.72	.0001
VAÖ	111.31 (21.00)	116.71 (25.83)	126.42 (17.48)	147.00 (21.01)	19.90	.0001
KSE						
Som.	12.73 (8.51)	9.12 (5.78)	4.94 (4.78)	2.70 (3.32)	20.81	.0001
Ob.-kom	12.65 (5.17)	6.94 (4.98)	4.18 (3.74)	4.14 (3.66)	28.14	.0001
KD	8.27 (5.12)	3.76 (2.73)	2.64 (2.90)	2.14 (1.83)	23.30	.0001
Dep	12.92 (6.50)	5.18 (3.59)	3.18 (3.67)	2.74 (3.17)	37.85	.0001
A. boz	11.73 (7.13)	6.06 (5.61)	4.12 (3.50)	2.77 (2.89)	23.08	.0001
Hos	8.77 (5.29)	5.76 (3.34)	3.34 (2.65)	2.26 (2.01)	24.72	.0001
F. A.	6.08 (5.13)	2.76 (3.51)	1.50 (1.94)	1.33 (2.23)	15.61	.0001
Pa. Dü	9.85 (5.46)	5.41 (3.95)	3.44 (3.06)	3.07 (2.28)	23.40	.0001
Psi	7.38 (4.35)	3.53 (2.90)	1.40 (1.57)	1.63 (2.13)	34.17	.0001
Ek mad.	7.58 (5.35)	3.88 (3.12)	2.76 (2.54)	1.98 (2.12)	17.83	.0001
R. C.İ.	1.84 (.91)	.99 (.56)	.59 (.42)	.47 (.39)	37.98	.0001
B.T.İ.	36.77 (11.53)	28.65 (10.93)	19.26 (10.67)	18.19 (11.64)	19.05	.0001
S.R.İ.	2.53 (.85)	1.66 (.45)	1.47 (.59)	1.20 (.48)	27.68	.0001
BDE	23.50 (9.22)	13.35 (7.14)	9.18 (6.43)	6.84 (5.35)	35.67	.0001

### Hipotez 5

Olumsuz yeme tutumları, tıknırcasına yiyen grupta en fazla, tıknırcasına yemeyen grupta daha düşük ve normal kontrol grubunda en düşük seviyede olacaktır.

### Yeme Tutumuyla İlgili Bulgular

Daha önce ifade edildiği gibi araştırma grubu KYÖDÖ'ndeki ölçütler kullanılarak üçe ayrılmıştı. Bu grupların yeme tutumları açısından birbirinden ve

Biçimlendirilmiş ... [54]

Silinmiş: ¶

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 12 nk

Silinmiş: ... [55]

Biçimlendirilmiş: Satır aralığı: 1.5 satır

Silinmiş: ... [56]

Silinmiş: ... [57]

Silinmiş: ... [58]

Silinmiş: ... [59]

Silinmiş: ... [60]

Silinmiş: ... [61]

Silinmiş: ... [62]

Silinmiş: ... [63]

Silinmiş: ... [64]

Silinmiş: ... [65]

Silinmiş: ... [66]

Silinmiş: ... [67]

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 10 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 10 nk, Kalın Değil

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil

Biçimlendirilmiş: Satır aralığı: 1.5 satır

Silinmiş: ¶

kontrol grubundan farklı olması beklenmektedir. Bu hipotezi test etmek için deneklerin yeme tutumlarını ölçen YTT ve BITE testleri uygulanmıştır. Bu testlerle ilgili bulgular aşağıda ifade edilmiştir:

TYB grubunun YTT'dan aldığı puanlar 9-58 aralığında olup, ortalaması 28.38'dir (SS= 12.34). TY grubunun YTT'den aldığı puanlar 3-36 aralığında olup ortalaması 17.88'dir (SS= 8.79). TYO grubunun YTT'den aldığı puanlar 8-63 aralığında olup ortalaması 23.28'dir (SS= 11.22). Kontrol grubunun YTT'den aldığı puanlar 7-35 aralığında olup ortalaması 17.07'dir (SS= 6.08).

Silinmiş: YTT'yle ilgili sonuçlar¶

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil

YTT puanlarından elde edilen ANOVA sonuçları incelendiğinde dört grubun birbirinden anlamlı derecede farklılaştığı görülmektedir, (F (3,135)= 8.46, p<.0001). Scheffe analizine göre TYB grubuyla TY ve Kontrol grubu arasında, TYO ve Kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. TYB ve TYO gruplarının, TY ve Kontrol gruplarının birbirine benzediği görülmektedir (BKZ. Tablo 5).

Silinmiş: [

Silinmiş: (BKZ. Tablo...).

Silinmiş: .

Depresyon kontrol edilerek grupların YTT puanları karşılaştırıldığında depresyon puanlarının anlamlı derecede farklılaştığı (F (1,131)= 18.79, p<.0001), ama grup ortalamaları arasındaki farkların (F (3,131)= 3.86, p<.01) depresyondan kaynaklanmadığı görülmüştür.

### BITE'la İlgili Bulgular

Silinmiş: i

Silinmiş: b

TYB grubunun BITE testinden aldığı Semptom Derecesi puanlarının ortalaması 21.96'dır (SS= 4.18). TY grubunun BITE testinden aldığı Semptom Derecesi puanlarının ortalaması 18.53'tür (SS= 4.06). TYO grubunun BITE testinden aldığı Semptom Derecesi puanlarının ortalaması 11.78'dir (SS= 5.08). Kontrol grubunun BITE testinden aldığı Semptom Derecesi puanlarının ortalaması 6.35'tir (SS= 4.26).

TYB grubunun BITE testinden aldığı Ciddiyet Derecesi puanlarının ortalaması 5.35'tir (SS= 1.98). TY grubunun BITE testinden aldığı Ciddiyet Derecesi puanlarının ortalaması 4.35'tir (SS= 1.45). TYO grubunun BITE testinden aldığı Ciddiyet Derecesi puanlarının ortalaması 2.92'dir (SS= 2.39). Kontrol grubunun BITE testinden aldığı Ciddiyet Derecesi puanlarının ortalaması 1.53'tür (SS= 1.45).

BITE Semptom Derecesinden elde edilen ANOVA sonuçları incelendiğinde dört grubun birbirinden anlamlı derecede farklı olduğu görülmektedir, [ F (3,135)= 74.56, p<.0001]. Scheffe testi sonucu ise TYB grubuyla TY grubu dışında diğer grupların birbirinden anlamlı derecede farklılaştığını göstermiştir (BKZ. Tablo 5).

Silinmiş: .

BITE Ciddiyet Derecesinden elde edilen ANOVA sonuçları incelendiğinde dört grubun birbirinden anlamlı derecede farklılaştığı görülmektedir, [ F (3, 135)= 20.43, p<.0001]. Scheffe Testi ise anlamlı sonucun TYB grubuyla TYO ve Kontrol grubu, TY grubuyla Kontrol grubu, TYO grubuyla Kontrol grubu arasında olduğunu göstermektedir (BKZ. Tablo 5).

Silinmiş: ...)

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil

Depresyon kontrol edilerek grupların BITE Semptom Derecesi puanları karşılaştırıldığında depresyon puanlarının anlamlı derecede farklılaşmadığı (F (1,131)= 3.26, p>.05), grup ortalamaları arasındaki farkların (F (3,131)= 22.23, p<.0001) depresyondan kaynaklanmadığı görülmüştür.

Depresyon kontrol edilerek grupların BITE Ciddiyet Derecesi puanları karşılaştırıldığında da depresyon puanlarının anlamlı derecede farklılaşmadığı (F (1,131)= .51, p>.05), grup ortalamaları arasındaki farkların (F (3,131)= 10.76, p<.0001) depresyondan kaynaklanmadığı görülmüştür.

Silinmiş: ¶

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil

**TABLO 5:** Grupların YTT ve BITE Testi Sonuçları

	TYB (n=26)	TY (n=17)	TYO (n=50)	Kontrol (n=43)	Anlamlılık d.
YTT					
Ort. (SS)	28.38 (12.34)	17.88 (8.79)	23.28 (11.22)	17.07 (6.08)	F= 8.46*
BITE					
Semptom Derecesi					
Ort. (SS)	21.96 (4.18)	18.53 (4.06)	11.78 (5.03)	6.35 (4.26)	F= 74.56*
Ciddiyet Derecesi					
Ort. (SS)	5.35 (1.98)	4.35 (2.55)	2.92 (2.39)	1.53 (1.45)	F= 20.43*

\* p<.0001

Araştırmada her dört grubun YTT puanlarıyla BITE puanları arasındaki korelasyonlara bakılmış ve pozitif bir ilişki saptanmıştır. BITE Semptom Derecesi puanları ve YTT puanları arasında korelasyon değeri .31 olup .0001 düzeyinde anlamlıdır. BITE Ciddiyet Derecesi puanları ve YTT puanları arasındaki korelasyon değeri ise .05 düzeyinde anlamlı olup  $r= .20$ 'dir.

Silinmiş: 1

1

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil

Silinmiş:

Silinmiş: Düzeyi

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 10 nk, Kalın Değil

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 10 nk, Kalın Değil

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk, Kalın Değil

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk

Silinmiş:

Silinmiş:

Silinmiş:

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk

Silinmiş:

Silinmiş: eğerinde

### **5.3. Sosyodemografik Anket Formu Sonuçları**

Bu araştırmada anket formu sonuçlarıyla ilgili bir hipotez bulunmadığı için bu sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirilmeyip yalnızca genel bilgi açısından sunulmuştur.

Biçimlendirilmiş: Girinti: İlk satır: 0 nk

Silinmiş: ANKET FORMU SONUÇLARI

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil

Silinmiş: imiz

Grupların bugüne kadar diyet yapıp yapmadıkları sorulduğunda verdikleri yanıtlar şöyleydi:

TYB grubunun % 88'i, TY grubunun % 82'si, TYO grubunun % 84'ü ve kontrol grubunun % 35'i daha önce diyet yapmış olduğunu söyledi.

Şu anda diyet yapıp yapmadıkları sorusuna verilen yanıtlar şöyleydi:

TYB grubunun % 19'u, TY grubunun % 21'i, TYO grubunun % 24'ü, kontrol grubunun % 12'si diyet yaptığını söyledi.

Diyete ilk başlama yaşları sorusuna verilen yanıtlar şöyleydi:

TYB grubu 24, TY grubu 21, TYO grubu 24, kontrol grubu 23 yaşında ilk diyetini yaptığını söyledi.

Çocukluklarında şişman olup olmadıkları sorulduğunda grupların yanıtları şöyle oldu:

TYB grubunun % 58'i, TY grubunun % 35'i, TYO grubunun % 54'ü, kontrol grubunun % 7'si çocukken şişman olduğunu söyledi.

Düzenli spor yapıp yapmadıkları sorulduğunda:

TYB grubunun % 4'ü, TY grubunun hiçbiri, TYO grubunun % 6'sı, kontrol grubunun % 16'sı düzenli olarak spor yaptığını söyledi.

Sigara içip içmedikleri sorulduğunda:

TYB grubunun % 27'si, TY grubunun % 29'u, TYO grubunun % 34'ü ve kontrol grubunun % 28'i sigara içtiğini belirtti.

Alkol kullanıp kullanmadıkları sorulduğunda:

TYB grubunun % 4'ü, TY grubunun % 6'sı, TYO grubunun % 2'si ve kontrol grubunun % 21'i alkol kullandığını belirtti.

Silinmiş ;

Sık kilo alıp almadıkları sorulduğunda:

TYB grubunun % 58'i, TY grubunun % 35'i, TYO grubunun % 44'ü, kontrol grubunun % 26'sı sık kilo alıp verdiğini söyledi.

Silinmiş ;

Şu anki kilonuzu nasıl buluyorsunuz sorusuna;

TYB, TY ve TYO grubu çok fazla, kontrol grubu ideal şekilde yanıt verdi.

**Tablo 6: Sosyodemografik Anket Formu Sonuçları**

Sorular/Gruplar	TYB	TY	TYO	KONTROL
Hiç diyet yaptınız mı?	%88 Evet	%82 Evet	%84 Evet	%35 Evet
Şu anda diyet yapıyor musunuz?	%19 Evet	%21 Evet	%24 Evet	%12 Evet
İlk diyete başlama yaşıınız	24	21	24	23
Çocukluğunuzda şişman mıydınız?	%58 Evet	%35 Evet	%54 Evet	%7 Evet
Düzenli spor yapar mısınız?	% 4 Evet	0	% 6 Evet	%16 Evet
Sigara içer misiniz?	%27 Evet	%29 Evet	%34 Evet	%28 Evet
Alkol kullanır mısınız?	% 4 Evet	% 6 Evet	% 2 Evet	% 21 Evet
Sık kilo alıp verir misiniz?	%58 Evet	%35 Evet	%44 Evet	% 26 Evet
Şu anki kilonuzu nasıl buluyorsunuz?	Çok fazla	Çok fazla	Çok fazla	İdeal

Silinmiş: ¶

¶  
¶  
¶  
¶  
¶

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk  
sadır: 0 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
11 nk

Silinmiş:

Silinmiş:

Silinmiş:

Silinmiş:

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
11 nk

Silinmiş:

Silinmiş:

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
11 nk

Silinmiş:

Silinmiş:

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
11 nk

Silinmiş:

Silinmiş:

Silinmiş:

Silinmiş:

Silinmiş:

Silinmiş:

Silinmiş:

Silinmiş:

Silinmiş:

Silinmiş:

Silinmiş:

Silinmiş:

Silinmiş:

Silinmiş:

Silinmiş:

Silinmiş:

Silinmiş:

Silinmiş:

Silinmiş: ¶

¶

¶

Silinmiş: ¶



## 6. TARTIŖMA

Bu bölümde bulgular bölümünde verilen araştırma sonuçları tartışılacaktır.

Elde edilen bulgular şöyledir:

- Otomatik düşünceler, beklendiğı gibi tıkınırcasına yeme bozukluğu gösteren grupta, tıkınırcasına yeme bozukluğu göstermeyen **obez** gruptan, **ara sıra tıkınırcasına yiyen gruptan** ve kontrol grubundan daha yüksektir. Tıkınırcasına yemeyen obez grupla kontrol grubu arasında otomatik düşünceler açısından anlamlı bir fark yoktur.

- Tıkınırcasına yeme bozukluğu gösteren grupta fonksiyonel olmayan tutumlar tıkınırcasına yeme bozukluğu göstermeyen gruba göre daha fazladır.

- Bilişsel çarpıtmalar açısından, tıkınırcasına yeme bozukluğu gösteren obez grupla, tıkınırcasına yeme bozukluğu göstermeyen **obez** grup, ara sıra tıkınırcasına yiyen grup ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır.

- Tıkınırcasına yeme bozukluğu gösterenlerin beden imajından **hoşnut olma derecesi**, tıkınırcasına yeme bozukluğu göstermeyen **obez**lere ve kontrol grubuna göre daha **düşüktür. Kontrol grubunun beden imajından hoşnut olma derecesi** **ara sıra tıkınırcasına yiyen ve tıkınırcasına yeme bozukluğu göstermeyen obez gruptan daha yüksektir.**

- Tıkınırcasına yeme bozukluğu gösteren grup KSE'nin **bütün alt ölçeklerinden** (somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilete, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm), **tıkınırcasına yemeyen obez ve kontrol grubuna göre**

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değıl

**Silinmiş:** ¶

¶  
¶  
¶  
¶  
¶  
¶  
¶  
¶  
¶  
¶  
¶  
¶  
¶  
¶  
¶  
¶

**Silinmiş:** Ancak önce bulgulara bakarak araştırmanın sonuçlarını kısaca özetlemekte yarar olacağını düşünüyyoruz:¶

**Silinmiş:** , a

**Silinmiş:** bozuktur

**Silinmiş:** A

**Silinmiş:** pların beden imajı kontrol grubundan daha kötüdür.

**Silinmiş:** alt ölçeklerinden

daha yüksek puan almıştır. Tıkınırcasına yemeyen obez grubun bu ölçeklerden aldığı puanlar kontrol grubundan yüksek değildir. Bu ölçekle ölçülen psikopatoloji seviyesi tıkınırcasına yeme bozukluğu gösteren grupta diğer gruplardan yüksektir.

- Tıkınırcasına yeme bozukluğu gösteren grupta, tıkınırcasına yemeyen ve kontrol grubuna göre daha fazla depresyon bulunduğu saptanmıştır. Tıkınırcasına yemeyen obez grubun depresyon puanları kontrol grubundan yüksek değildir.

- Tıkınırcasına yeme bozukluğu gösteren grubun YTT'yle ölçülen yeme tutumları, tıkınırcasına yemeyen obez gruptan farklı değil, ara sıra tıkınırcasına yiyen obez gruptan ve kontrol grubundan yüksektir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu gösteren grup BITE'a göre tıkınırcasına yemeyen obez gruptan ve kontrol grubundan daha yüksek puan almıştır.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Times New Roman, 12 nk

**Silinmiş:** farklıdır

- Verilere göre BKİ ile YTT, BÇÖ, BITE, ODÖ, BDE, KSE arasında pozitif, BKİ ile VAÖ arasında negatif ilişki vardır. BKİ ile FOTÖ arasındaysa bir ilişki bulunmamaktadır.

- BDE ile ODÖ, FOTÖ, BITE, BÇÖ, YTT arasında pozitif, VAÖ ile negatif ilişki vardır.

- VAÖ ile BDE, ODÖ, BITE, BÇÖ, YTT, KSE alt ölçeklerinin tümü arasında negatif ilişki vardır.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Hatırlanacağı üzere bu araştırmanın problemini obez hastaların tıkınırcasına yeme bozukluğundan etkilenip etkilenmediği oluşturuyordu. Amacıysa tıkınırcasına yiyen obezlerle tıkınırcasına yemeyen obezleri ayırıp aralarında bilişsel yapı, psikopatoloji, depresyon, beden imajı ve yeme tutumları bakımından fark bulunup bulunmadığını göster**ebilmektir.**

**Silinmiş:** mekti

Bu çalışmanın genel hipotezi, “Tıkınırcasına yiyen obez kişiler, bilişsel yapı ve psikopatoloji açısından tıkınırcasına yemeyen obez kişilerden farklıdır” şeklindeydi.

Silinmiş: ,

Silinmiş: ,”

Bu amaçla İ.Ü. Tıp Fakültesi Şişmanlık Polikliniğine başvuran hastalarla görüşül~~müştür~~. Gruplar, yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve BKİ bakımından eşleştiril~~diği~~ için bu değişkenlerin sonuçlar üzerindeki etkisi incelen~~memiş~~, yalnızca gruplar arasında değişkenler bakımından fark olup olmadığı değerlendiril~~miştir~~.

Silinmiş: dü

Silinmiş: Bu araştırmayı temel olarak Bilişsel-Davranışçı kurama dayandırdığımız için öncelikle hastaların otomatik düşünceler ve fonksiyonel olmayan tutumları incelenmiştir. ¶

Silinmiş: ımızı

Silinmiş: miz

Silinmiş: ni

Silinmiş: medik. Y

Silinmiş: nı

Silinmiş: dik

Bu konudaki 1. Hipotezimiz şöyleydi: Otomatik düşünceler, fonksiyonel olmayan tutumlar ve bilişsel çarpıtmalar, tıkınırcasına yiyen obez grupta tıkınırcasına yemeyen obez gruba ve normal kontrol grubuna göre daha fazla olacaktır.

Hipotezi test etmek için dört grubun Otomatik Düşünceler Ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Beklendiği gibi TYB grubu diğer üç gruptan anlamlı derecede farklılaşmaktadır. Bu durum tıkınırcasına yemenin, düşünce yapısına bağlı bir bozukluk olduğunu doğrular niteliktedir.

Kişi kendisini ve bedenini olumsuz olarak değerlendirir, bu onu mutsuz eder, mutsuz olduğu için daha fazla yer ve kontrolü kaybettiği için mutsuzluğu devam eder; bu bir kısır döngü halinde sürer gider. Temeline baktığımızda yeme davranışını başlatan tek bir olumsuz otomatik düşünce olabilir. “Yine bir kilo almışım, kilo almaya devam edeceğim.” Hasta kilo aldığı için mutsuz olur. Otomatik düşüncelerin yol açtığı bilişsel hatalar ortaya çıkmaya başlar. Kişi seçici algılamayla bir durumun belirli bir noktasına odaklanır, diğer özellikleri göz ardı eder. “Erkek arkadaşım bugün bana iyi davranmadı, kilo aldığımı fark etmiş olmalı.” Akıl okumayla karşıdakinin zihnindekileri tahmin eder: “Kilo aldığım için benim iradesiz olduğumu düşünüyor.” Kişi bir olumsuzluktan yola çıkarak kendisi, çevre ve gelecek için abartılı sonuçlara ulaşır. “Kilo aldığım için benden ayrılacak.” Küçümseme hatasıyla olumlu yönlerini görmezden gelir. “Bana acıdığı için benimle beraber oluyor, beni

sevdiği için değil.” Aşırı genellemeyle tek bir olaydan genel kurallar çıkarır. Bu tür düşüncelerin içinde çoğunlukla, “Hiçbir zaman, her zaman, hiçbir şey, her şey, asla, hep” gibi tanımlamalar bulunur. “Öğle yemeğini fazla kaçırdım. Ben zaten hep böyle yapar, irademe hâkim olamam.” Çevredeki olaylarla kişisel bağlantı kurar. “Çok şişmanım diye herkes bana bakıyor.” Hep ya da hiç şeklinde düşünmeyle olayları iki uçta algılar. “Şişmanım, hiç iş bulamayacağım.” Kanıt olmadan ya da aksi kanıtla rağmen bazı sonuçlara ulaşır. “Şişmanları kimse sevmez.” Tıkınırcasına yeme bozukluğunun bilişsel davranışçı tedavisinde hastanın bu otomatik düşünceleri ele alınıp kilosunu kabul etmesi ve kaybetmek istediği kilolar konusundaki hatalı düşünceleri yeniden şekillendirilebilir.

Otomatik düşünceler depresyonla ilişkili olduğu için gruplarımız arasındaki farkın depresyona bağlı olup olmadığını görmek amacıyla depresyon sabit tutularak sonuçlara bakıldığında farkların depresyona bağlı olmadığı görüldü.

Sonuçlara bakıldığında tıkınırcasına yemeyen obez grubun kontrol grubundan farklı olmadığı görülmektedir. Tıkınırcasına yemeyen obezlerin bilişsel yapılarının normal kilodaki kişilerden farklı olmadığı düşünüldüğü için bu durum beklenen bir şeydi.

Bilişsel davranışçı kuramın üzerinde durduğu bir diğer önemli kavram fonksiyonel olmayan tutumlardır. Yeme bozukluğu hastalarında sık rastlanan fonksiyonel olmayan tutumlar, mükemmeliyetçilik, aşırı genelleme, abartma, iki uçlu düşünceler, seçici soyutlama, kişiselleştirme, batıl inançlardır. Hasta bunların varlığı ve etkileri hakkında farkındalığa sahip değildir. Örnek olarak bir bulimiya hastasının, “Zayıf olmak zorundayım, çünkü zayıf olmak başarılı, sevilen bir insan olmak demektir.” ifadesi verilebilir. Bu inanç ve tutumlar hasta tarafından doğrudan ifade edilemez.

Çalışmamızda Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeğinden alınan puanlar incelendiğinde yine beklendiği gibi TYB grubuyla TYO grubu arasında farklılaşma olduğu görülmüştür. Ancak depresyonu kontrol ettiğimizde bu farkın depresyona

#### **Silinmiş: ¶**

Kişi kendisini ve bedenini olumsuz olarak değerlendirir, bu onu mutsuz eder, kişi mutsuz olduğu için daha fazla yer ve kontrolü kaybettiği için mutsuzluğu devam eder; bu bir kısır döngü halinde sürer gider. Temeline baktığımızda yeme davranışını başlatan tek bir olumsuz otomatik düşünce olabilir. “Yine bir kilo almışım, kilo almaya devam edeceğim.” Hasta kilo aldığı için mutsuz olur. Otomatik düşüncelerin yol açtığı bilişsel hatalar ortaya çıkmaya başlar. Kişi seçici algılamayla bir durumun belirli bir noktasına odaklanır, diğer özellikleri göz ardı eder. “Erkek arkadaşım bugün bana iyi davranmadı, kilo aldığımı fark etmiş olmalı.” Akıl okumayla karşıdakinin zihnindekileri tahmin eder: “Kilo aldığım için benim iradesiz olduğumu düşünüyor.” Kişi bir olumsuzluktan yola çıkarak kendisi, çevre ve gelecek için abartılı sonuçlara ulaşır. “Kilo aldığım için benden ayrılacak.” Küçümseme hatasıyla olumlu yönlerini görmezden gelir. “Benimle bana acıdığı için beraber oluyor, beni sevdiği için değil.” Aşırı genellemeyle tek bir olaydan genel kurallar çıkarır. Bu tür düşüncelerin içinde çoğunlukla, “Hiçbir zaman, her zaman, hiçbir şey, her şey, asla, hep” gibi tanımlamalar bulunur. “Öğle yemeğini fazla kaçırdım. Ben zaten hep böyle yapar, irademe hâkim olamam.” Çevredeki olaylarla kişisel bağlantı kurar. “Çok şişmanım diye herkes bana bakıyor.” Hep ya da hiç şeklinde düşünmeyle olayları iki uçta algılar. “Şişmanım, hiç iş bulamayacağım.” Kanıt olmadan ya da aksi kanıtla rağmen bazı sonuçlara ulaşır. “Şişmanları kimse sevmez.” Tıkınırcasına yeme bozukluğunun Bilişsel-Davranışçı tedavisinde hastanın bu otomatik düşünceleri ele alınıp kilosunu kabul etmesi ve kaybetmek istediği kilolar konusundaki hatalı düşünceleri yeniden şekillendirilebilir. ¶

**Silinmiş: -**

**Silinmiş: ;”**

bağlı olduğu tespit edilmiştir. Mevcut kuramlar, düşünce bozukluklarının bulimiyanın etiolojisinde ve tedavisinde önem taşıdığını ifade etmektedir. Fonksiyonel olmayan tutumların klinik bulimiya hastalarında ve klinik altı yeme bozukluklu davranışı gösteren grupta, yeme bozukluğu davranışına neden olduğu, etkilediği ve sürdürdüğü söylenmektedir (Garner ve Bemis, 1985; Polivy ve Herman, 1985; Powers ve ark., 1987). Bu bilişler özellikle yiyecek ve kilo ile ilgili (Bauer ve Anderson, 1989; Garner ve Bemis, 1982; Phelan, 1987; Polivy ve Hermon, 1985) olabildiği gibi daha genel yapıda da olabilir.

Araştırmacılar, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği, The Common Beliefs Survey ve Irrational Beliefs Test'le bulimik ve kontrol gruplarını karşılaştırarak bulimik semptomlarla fonksiyonel olmayan bilişler arasındaki bağı incelemişlerdir. Bu çalışmalarda bulimik denekler toplam ölçeklerde (Butterfield ve Leclair, 1988; Goebel ve ark., 1989; Mizes, 1988; Schlesier-Carter ve ark. 1989; Steiger ve ark., 1989; Steiger ve ark., 1990) ve çok sayıda alt ölçekte (Katzman ve Wolchik, 1984; Mizes, 1988) kontrol gruplarından anlamlı derecede daha yüksek skorlar almışlardır.

İrrasyonel inançlarla bulimik semptomlar arasındaki ilişki, yüksek bulimiya riskine sahip bir popülasyon olan üniversiteli kız öğrencilerde de incelenmiştir (Yates, 1989). Üç çalışmada (Lohr ve Parkinson, 1989; Mayhew ve Edelman, 1989; Redirman, 1986) bulimik eğilim gösteren (yani, bulimiya ölçümlerinde yüksek puan alan) denekler, Irrational Belief Scale testinden Irrational Beliefs Test ve Rational Behavior Inventory alt ölçeklerinin bazılarında yüksek puan almışlardır.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu gösteren gruba ait varsayımların bulimiyaya dayandırıldığını ve bu grubun bilişsel tutumlar ve psikopatoloji açısından bulimiya grubuyla obezite arasında bulunduğunu düşündüğümüzde, tıkınırcasına yiyen grubun fonksiyonel olmayan tutumlarının bulimiyadan daha düşük, obeziteden yüksek olması beklenebilir. Bu beklentiye uygun şekilde bizim çalışmamızda da tıkınırcasına yiyen obez grubun fonksiyonel olmayan tutumları tıkınırcasına yemeyen obez gruptan anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Ancak bu fark depresyona bağlı görünmektedir. Ayrıca ilginçtir ki tıkınırcasına yiyen obez grubun puanı

**Silinmiş:** Fairburn, 1985;

**Silinmiş:** &

**Silinmiş:** Garner, Rockert, Olmsted, Johnson,&Coscina, 1985;

**Silinmiş:** &

**Silinmiş:** , Schulman, Gleghorn,&Prange

**Silinmiş:** -Relationships among dysfunctional cogritions depressive symptoms, and bulimic tendencies

**Silinmiş:** y

**Silinmiş:** (DAS, Weissman, 1979 - Yukarıdaki kaynak), The Common Beliefs Survey III (Bessai, 1977, in...) ve Irrational Beliefs Test (Jones, 1968)

**Silinmiş:** (yukarıdakö kaynak)

**Silinmiş:** Bu çalışmalar işlevsel olmayan tutumlarla bulimiya arasında bir bağ olduğunu göstermektedir; ancak bazı sınırlılıklar da mevcuttur. Birincisi, "bilişsel" ölçeklerin bazıları (Malouff&Schutte, 1986; Smith, 1989), Irrational Beliefs Test'te olduğu gibi duyguları ve Rational Behaviors Inventory'de olduğu gibi davranışları yansıtan pek çok item içermektedir. Son iki ölçek, şimdilerde akılcı olmayan düşüncenin (Dryden&Ellis, 1988; Ellis) merkezi olarak kabul edilen altta yatan core süreçlerden çok Ellis'in içerik yönelimli 12 spesifik inanca odaklanan ilk teorilerinden (Ellis&Harper, 1975) alınmıştır. Bu eski ölçekler, zorlayıcı olmayan dille ifade edilen ve artık akılcı kabul edilen itemler içeriyordu (örneğin, -meli, malı yerine tercih ederim gibi) (Bernard, 1990; Smith, 1989). Son olarak, bulimik ve klinik altı deneklerde bilişsel hata bulamayan çalışmada (Straus&Ryan, 1988) ise küçük bir örneklem kullanmıştır. Grup ortalamaları tahmin edilen yönde olduğu için büyük gruplar kullanılsaydı anlamlı farklar ortaya çıkabilirdi. ¶

kontrol grubundan yüksek olmakla birlikte bu fark anlamlı değildir. Aynı şekilde kontrol grubunun puanlarının anlamlı olmasa da tıknırcasına yemeyen obez gruptan yüksek olması da düşündürücüdür.

Ancak küçük örneklem sorunu bizim çalışmamız için de geçerli. Beklendiği gibi TYB grubuyla TYO grubu arasında anlamlı bir fark olsa da, aynı fark kontrol grubuyla TYB grubu arasında bulunmamıştır. Kontrol grubunda bazı deneklerin yüksek puan alması, örneklem sayısı çok büyük olmadığı için ortalama üzerinde fazlasıyla etkili olmuştur. Örneklemimiz daha büyük olsaydı bireysel olarak alınan yüksek puanlar ortalamaları böylesine etkilemeyebilirdi.

**Silinmiş:** da da ge

Bilişsel davranışçı kuramın temelindeki bir diğer önemli unsur bilişsel çarpıtmalardır. Beck, Bilişsel Çarpıtmalar Modeli adını verdiği kuramında depresyonun oluşumunda bilişlerin etkili olduğunu, duygulanım bozukluğununsa bir sonuç olduğunu ileri sürmüştür. Beck'e göre, depresiflerin bilişleri çarpıtılmış ve gerçek dışıdır; bilişlere idiosinkratik süreçler ve içerik hâkimdir (Aytar, 1987). Bilişsel çarpıtma, bireyin çeşitli uyaranları olumsuz olarak algılama, düşünme ve yorumlama biçimidir. Bilişsel çarpıtmaların başlıca temaları şunlardır:

**Silinmiş:** -

**Silinmiş:** Bahadır,...

**Silinmiş:** ;

- kendine saygının azalması
- yoksunluk düşünceleri
- kendini eleştirme
- kendini suçlama
- intihar düşünceleri

Daha önce ifade edildiği gibi bu araştırmada kullanılan Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği tarafımızdan geliştirilen bir ölçek olup henüz geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır. Bu ölçek pilot çalışma sırasında ifade edilen ve literatürden bir araya getirilen bilişsel çarpıtma örneklerinden oluşturulmuştur. Araştırmada kullanılma amacı tıknırcasına yiyen ve yemeyen obezlerdeki bilişsel çarpıtmalar konusunda genel bir fikir sahibi olmaktır. Bu konuda bir iddiamız olmamakla birlikte

ölçekten alınan sonuçlara baktığımızda TYB grubuyla TYO ve kontrol grupları arasında bilişsel çarpıtmalar bakımından beklendiği gibi bir farklılaşma olduğu gözlenmektedir. Ölçeğin ODÖ ve FOTÖ'yle korelasyon gösterip cronbach alfa değerinin yüksek olması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapıldığında yeme bozukluklarındaki bilişsel çarpıtmaları tespit etmede işe yarayabileceği fikrini bize vermektedir. Bu bulgumuz literatürle de uyum göstermektedir. Powers ve arkadaşları (1997) tarafından yapılan bir çalışmada, tıknırcasına yiyen obez grupta tıknırcasına yemeyen obez gruba göre daha fazla bilişsel çarpıtma, daha fazla beden imajı bozukluğu ve artmış depresyon görülmüştür.

**Silinmiş:** (1997)

Çalışmamızda TYO grubunun bilişsel çarpıtmalar bakımından kontrol grubundan farklılaşmamasını bekliyorduk. Ancak sonuçlara bakıldığında böyle bir farkın bulunduğu görülmektedir. Araştırma grubumuzun tedavi arayışı içindeki obez hastalardan oluşması bu sonucu etkilemiş olabilir. Genel popülasyondaki obezlerin bilişsel çarpıtmalarının daha düşük olması beklenebilir.

**Silinmiş:** Obez hastaları genel popülasyondan almış olsaydık

**Silinmiş:** daha düşük seviyede olabilirdi

**Silinmiş:** II.

Hatırlanacağı gibi bu çalışmanın 2. Hipotezi, tıknırcasına yiyen obez grubun beden imajının, tıknırcasına yemeyen obez ve normal kontrol grubuna göre daha bozuk olacağı şeklindeydi.

Bu hipotezi sınamak için gruplara Vücut Algısı Ölçeği uygulanmış, beklendiği gibi TYB grubuyla TYO ve kontrol grubu arasında, TYO ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunduğu gözlenmiştir. İki çalışmada tıknırcasına yeme bozukluğu olan obez kişilerde beden imajını beğenmeme durumunun, depresyon kontrol edilse bile, tıknırcasına yeme bozukluğu olmayanlara göre daha belirgin olduğu bulunmuştur (French ve ark, 1999; Mussel, Peterson ve ark. 1996).

TYB çok sayıda çalışmada beden imajı problemleriyle ilişkilendirilmektedir (Schwartz ve Brownell, 2003). Araştırmalarda kullanılan yöntemlerden biri TYB'yi diğer yeme bozuklukları gruplarıyla ve TYB olmayan obez kişilerle karşılaştırmaktır.

**Silinmiş:** tıknırcasına yeme bozukluğu

**Silinmiş:** Obesity and body image

**Silinmiş:** K

Wilfley ve arkadaşları (2000), TYB olan aşırı kilolu ve obez hastaları vücut şekli ve kilo endişeleri bakımından karşılaştırmış, bu skorları anoreksiya ve bulimiya

**Silinmiş:** TYB olan

ve TYB olmayan obez hastaların, normlarıyla kıyaslamıştır. TYB olan kişiler bulimiya nervosa, hastalarıyla aynı düzeyde kilo ve vücut şekli endişesi bildirmiştir. Bu durum, artmış beden imajı bozukluğunun bulimiya nervosa hastaları için olduğu gibi TYB'de de önemli bir unsur olduğunu göstermektedir. Aynı şekilde TYB hastaları, TYB olmayan obezlerden anlamlı ölçüde daha yüksek kilo ve vücut şekli kaygısı sergiliyordu.

**Silinmiş:** ın

**Silinmiş:** a

**Silinmiş:** tıknırcasına yeme bozukluğu olan

**Silinmiş:** tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan

Eldredge ve Agras (1996) tarafından yapılan bir çalışmada diyet yapan kadınlar üç gruba ayrılmıştır: TYB olanlar, EDNOS olanlar ve tıknırcasına yemeyen kontrol grubu. En yüksek kilo ve vücut şekli kaygısı TYB grubundaydı; bu grubu EDNOS izliyor, en son da tıknırcasına yemeyen grup geliyordu. Bu veriler tıknırcasına yemeyle beden imajı bozukluğu arasındaki bağı desteklemektedir (Schwartz ve Brownell, 2003).

Tıknırcasına yeme ve beden imajındaki bozukluk arasındaki ilişki, farklı gruplarda da incelenmiş ve iki durumun birbiriyle anlamlı şekilde ilişkili olduğu görülmüştür. Milkewicz ve Cash (2000), araştırma sırasında şişman olan, hiç şişman olmamış olan ve eskiden şişman olan kadınları incelemiştir. (Schwartz ve Brownell). Kötü beden imajı ve tıknırcasına yeme üç grupta da birbiriyle anlamlı şekilde ilişkilidir. Bu sonuç, bu iki durumun kişilerin kilosu ne olursa olsun birbiriyle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Beden imajı bozuk olan kişiler, diyet kısıtlamasına gidiyor, bunun sonucunda da yeme üzerindeki kontrolü kaybetme noktasına geliyorlar. Bu yüzden tıknırcasına yeme bozukluğu olan kişilerde beden imajının daha kötü olması beklenen bir durumdur.

**Silinmiş:** sinin

**Silinmiş:** &

**Silinmiş:** (obesity and body image)

Ülkemizde Pınar (2002) tarafından yapılan çalışmada obez olan ve olmayan gruplar arasında beden imajı bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak bizim çalışmamızda TYO grubunun beden imajının kontrol grubundan anlamlı ölçüde farklılaştığı gözlenmektedir. Bu noktada yine grubumuzun tedavi arayışı içindeki obez hastalar olması konusu devreye girmekte diye düşünüyoruz. Bu hastalar zaten kilolarından şikayetçi oldukları ve bedenlerini beğenmedikleri için kilo vermek amacıyla hastaneye başvuruyorlar. Dolayısıyla beden imajlarının normal

**Silinmiş:** ç

**Silinmiş:** ,



kilodaki kontrollerden kötü olması beklenen bir şeydir. Ancak TYB grubunun yine de TYO grubundan anlamlı derecede yüksek puan alması tıknırcasına yeme bozukluğunun beden imajı açısından bir risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Beden imajından tatminsizlikle klinik açıdan anlamlı depresyon arasındaki ilişkinin yönü bilinmiyor. Depresif bireyler bedenlerini depresif olmayanlara göre daha mı olumsuz olarak değerlendiriyorlar, yoksa görünüşten tatmin olmamak depresyona yatkınlığı mı artırıyor, yoksa bir veya daha fazla faktör aynı anda depresyon ve beden imajı tatminsizliğini mi artırıyor? Araştırmalarla bu sorulara yanıt bulunması gerekiyor. Ancak bu çalışmadaki gruplarımız için beden imajından hoşnutsuzluğun depresyona bağlı olmadığı görülmektedir. Araştırmamızdaki diğer ölçeklerle VAÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında depresyonu ölçen BDE ile VAÖ arasında negatif bir ilişki olduğu görülmektedir. Kişi vücudundan hoşnut oldukça depresyon derecesi düşmektedir.

Hatırlanacağı gibi III. hipotezimize göre, genel psikopatoloji, tıknırcasına yiyen obez grupta, tıknırcasına yemeyen obez ve normal kilodaki kontrol grubuna göre daha yüksek olacaktır.

Bu amaçla araştırma ve kontrol gruplarına uygulanan KSE sonucunda bütün alt ölçeklerde TYB grubuyla TYO ve kontrol grupları arasında fark bulunmuştur. Bu sonuç hipotezimizi doğrular niteliktedir.

Literatüre baktığımızda Grissett ve Fitzgibbon (1996) tarafından yapılan bir çalışmada tıknırcasına yemeyen, ara sıra tıknırcasına yiyen ve tıknırcasına yeme bozukluğu ölçütlerinin tamamına uyan gruplar birbiriyle karşılaştırılmıştır. Daha erken yaşta obez olan tıknırcasına yiyenlerde psikopatoloji düzeyi yüksek, kilo kontrol becerisi düşük bulunmuştur. Ara sıra tıknırcasına yiyen grupla tıknırcasına yeme bozukluğunun bütün ölçütlerine uyan grup karşılaştırıldığında, ikinci grupta tıknırcasına yemenin daha ciddi seviyelerde olduğu ve daha yüksek seviyede depresyon görüldüğü bulunmuştur. Tıknırcasına yiyen ve yemeyenler arasındaki psikolojik değişkenlerdeki farklar düşünüldüğünde bu bulgular TYB'nin yeni bir tanı

kategorisi olarak klinik ve araştırma değerini desteklemektedir. Bizim çalışmamız da bu bulguyu destekler nitelikte olup ara sıra tıknırcasına yiyen, ama tıknırcasına yeme bozukluğunun bütün ölçütlerine uymayan TY grubu, kullandığımız ölçeklerin çoğunda TYB grubundan farklılaşmakta olup, daha çok TYO grubuna yaklaşmaktadır.

Fichter ve Brandl (1993) tarafından yapılan bir çalışmada, TYB, BN ve obezite grupları, genel psikopatoloji bakımından karşılaştırılmıştır. Alınan sonuçlara göre TYB, BN ve obezite arasında yer alıyor, ama obeziteden çok BN'ye yakınlık gösteriyordu.

Silinmiş: n1

Mussell ve arkadaşları (1996), çalışmalarında, tıknırcasına yeme bozukluğu olan ve olmayan obez kadınları Eating Disorders Questionnaire, Beck Depresyon Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği ve SCID-P ile karşılaştırmış, tıknırcasına yiyen kadınların aynı kilodaki tıknırcasına yemeyenlere göre daha fazla yeme tutumu bozukluğu ve genel psikopatoloji gösterdiklerini bulmuşlardır.

Bulik ve arkadaşlarına göre (2002), tıknırcasına yemede, majör depresyon, panik bozukluklar ve alkol bağımlılığı prevalansı daha yüksektir. Bu çalışmada tıknırcasına yiyen obez kadınların nörotizm ölçeğinde ve depresyonu, anksiyete/fobiler, nörovejetatif semptomları (uykusuzluk, ajitasyon, retardasyon ve obsesif kompulsif özellikler) ölçen semptom ölçeklerinde daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur. Bulik'e göre, obez insanlarda tıknırcasına yemenin varlığı tıbbi ve psikiyatrik morbiditede markör görevi görmektedir.

Wilfley, Wilson ve Agras'ın çalışması (2003), TYB olan kişilerin yeme bozukluğu olmayan bireylerden anlamlı şekilde farklılaştığını; AN ve BN olan kişilerle önemli benzerlikler taşıdıklarını, ama aralarında kesin bir ayrım olduğunu göstermiştir. Bu çalışmaya göre, TYB'de eşlik eden fiziksel ve zihinsel hastalıkların yanı sıra yaşam kalitesinde ve sosyal işlevlerde bozukluklar görülmektedir.

Ülkemizde de Vardar ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan bir çalışmada tıknırcasına yiyen obezlerle tıknırcasına yemeyen obezler arasındaki psikopatolojik farklar SCL-90-R ölçeğiyle araştırılmış, tıknırcasına yiyen grubun SCL-PSDI, SCL-PST, somatizasyon ve obsesif kompulsif alt ölçek puanlarının tıknırcasına yemeyenlere göre anlamlı derecede yüksek puan aldıkları bulunmuştur.

KSE alt ölçeklerinden alınan sonuçlara bakıldığında TYO grubunun hiçbir alt ölçekte kontrol grubundan farklılaşmadığı gözlenmiştir. Bu bulguların obezitenin tek başına psikopatoloji nedeni olmadığını söyleyen literatürle uyum gösterdiği söylenebilir (Black ve ark. 1992; Lingswiler ve ark. 1987; Sansone ve ark., 2001; Stunkard ve Wadden, 1992).

Silinmiş: mektedir.

Bu çalışmanın 4. Hipotezi, depresyon seviyesinin TYB grubunda, TYO ve normal kilodaki kontrol grubuna göre daha yüksek olacağı şeklindeydi.

Silinmiş: 1  
Silinmiş: IV.

Sonuçlara baktığımızda, TYB grubuyla TYO ve kontrol grubu arasında depresyon açısından anlamlı bir fark bulunduğu görülmektedir. Bu sonuç, obezitenin tek başına mutlaka depresyonla bağlantısının olmasının gerekmediğini, depresyonu tıknırcasına yemenin varlığının doğurduğunu kanıtlar gibi görünmektedir. Tıknırcasına yeme kilo vermeyi isteyen obez popülasyondaki depresyonun artışından sorumlu olabilir. Tıknırcasına yemenin var olup olmadığını Binge Eating Scale'le ölçen bazı çalışmalar, şiddetli tıknırca yeme problemi olanlardaki depresyonun orta derecede tıknırcasına yiyen veya hiç tıknırcasına yemeyenlere göre daha fazla olduğunu bildirmiştir (Marcus ve ark. 1998; Telch ve Agras, 1994; Wadden ve ark. 1993). Bu çalışmalardaki TYB gruplarının depresyon seviyesi 14.1-17.5 arasında değişmekte olup hafif depresyon düzeyinde ve daha ileri klinik değerlendirmeyi gerektiriyordu, TYB olmayan obez bireylerin depresyon skorlarıysa normal aralıktaydı.

Silinmiş: gerçekten de

Silinmiş: niteliktedir

Silinmiş: sına  
Silinmiş: yemesi

Silinmiş: 9

Silinmiş: - obezite tedavisi el kitabı-Wadden wobble stunkard, anderson

Silinmiş: ydi.

Daha sonra yapılan üç çalışmanın ikisinde tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı alan hastalarda daha yüksek oranda depresyon bulgulanmıştır. Kuehnel ve Wadden (1994) ve Mussel ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan çalışmalarda

Silinmiş:

Silinmiş: ,  
Silinmiş: iye Mussel, Peterson ve arkadaşları

tıkınırcasına yeme bozukluğu olan obez kişiler hafif depresyon seviyesinde puan almışlardı. Bu puanlar, tıkınırcasına yeme bozukluğu olmayan ve depresyon puanları normal olan obez kişilere göre 5 puan daha yukarıdaydı. Bu bulguların tersine, Brody ve arkadaşları, (1994) tarafından yapılan çalışmada tıkınırcasına yeme bozukluğu olan obez kişilerin depresyon puanı normal seviyelerde olup tıkınırcasına yemeyen obez kişilerin puanıyla hemen hemen aynıydı.

**Silinmiş:** , Walsh ve Devlin

Bizim çalışmamızda TYB grubunun depresyon puanı 23.50 olup yüksek depresyon seviyesini yansıtmaktadır. TYO grubunun depresyon seviyesi ise 9.18 olup klinik açıdan önemli depresyon seviyesine ulaşmamaktadır. Ülkemizde de Pınar (2002) tarafından obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajını ölçmek için yapılan bir çalışmada obez grupla obez olmayan grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Stunkard'ın (2003) ifade ettiği gibi obezite, tıkınırcasına yeme ve depresyon arasındaki ilişki tam olarak anlaşılammıştır. Depresif bir duygudurumun tıkınırcasına yemeye ikincil mi olduğu, yoksa tıkınırcasına yemenin diğer psikopatolojilerin getirdiği depresyonun bir yansıması mı olduğu açık değildir. Yine Stunkard'a göre diyet ve tıkınırcasına yeme arasındaki ilişki de açık değildir. Klinik açıdan bakıldığında tıkınırcasına yeme depresyon semptomları için güvenilir bir belirleyicidir ve ileri değerlendirme gereksinimini göstermektedir.

**Silinmiş:** sekonder mi

**Silinmiş:** markördür

**Silinmiş:** (Obezite tedavisi el kitabı)

Ancak Fabricatore ve Wadden (2003), obez insanların büyük çoğunluğunun depresif olmamakla birlikte, bunların arasında depresif olanların obez oldukları için depresyona girdiklerini belirtmektedir. Bu araştırmacılar hastaların majör depresyonunun kilo verme işine girişmeden önce tedavi edilmesi gerektiğini önermektedir. Bu araştırmacılara göre depresyonun bilişsel ve davranışsal semptomları (örneğin, konsantrasyon düşüklüğü, düşük motivasyon, sosyal geri çekilme) hastanın kilo kontrol programına bağlı kalmasını engelleyebilir, bu da tedaviden geri çekilmesine, kilo kaybının tatmin edici olmayan düzeyde kalmasına ve ruhsal çöküntünün artmasına yol açabilir.

**Silinmiş:** iyor

**Silinmiş:** D

**Silinmiş:** ,

**Silinmiş:** , şeklinde düşünüyorlar

Kişide depresyon yoksa tıknırcasına yeme bozukluğu olan birisi kilo kontrol programlarından yarar görebilir. Diyet kısıtlaması bulimiyada olduğu gibi tıknırcasına yemeyi azdırmaz, tersine işe yarayabilir.

Obezlerde kadın olmak, tıknırcasına yemenin varlığı ve BKİ'nin 40'ın üzerinde olması hastada duygudurum bozukluklarına yatkınlığı artırmaktadır. Kilo kaybetme programlarına katılan kadınların depresyonda bulunma olasılıkları, tedavi arayışı içinde olmayanlara göre daha fazladır. Aslında kilo kaybetmeye başvurmalarının nedenlerinden biri bu duygudurum bozukluğu olabilir. Ancak obez kişilerdeki depresyon yalnızca kiloya atfedilemez. Kilo kaybetmek duygudurumu iyileştirse de, klinisyenler hastanın kilo vermesiyle birlikte depresyonunun kaybolmasını beklememelidir. Kilo kaybı tedavisinden önce psikoterapi veya farkamoterapiyle hastanın duygudurum bozukluğunun düzeltilmesi sağlanmalıdır. Hastanın psikolojik stresinin hafifletilmesi, tavsiye edilen diyet ve harekete bağlı kalmasını, böylece istediği kilo kaybını başarmasını sağlar (Fabricatore ve Wadden, 2003).

**Silinmiş:** ,

Araştırmamızda TYB ve TYO grubunun yeme tutumlarının birbirinden ve kontrol grubundan farklı olması beklenmektedir. Bu amaçla uyguladığımız YTT'nin sonuçlarına göre TYB ve TYO grupları arasında fark olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ancak daha önce belirtildiği gibi YTT'de 30 puan ve üzeri yeme bozuklukları açısından patoloji işaretidir. Grupları bu açıdan değerlendirdiğimizde TYO grubunun % 20'si, TYB grubununsa % 42'si 30 ve üzeri puan almıştır. TYB grubumuzun sayısı küçük olduğu için tek bir düşük puan grup ortalamasını düşürmektedir, ancak bireysel puanlara bakıldığında yeme bozukluğu riski TYB grubunda daha yüksek görünmektedir.

**Silinmiş:** Tıknırcasına yemeye depresyon arasındaki ilişki tam olarak anlaşılabilmiştir. Tıknırcasına yemenin depresyona ikincil mi olduğu, yoksa bunun tersinin mi doğru olduğu, yoksa iki bozukluk arasında daha karmaşık bir ilişki mi olduğunun tespit edilmesi gerekiyor. Bu konuların aydınlatılması için daha fazla araştırmaya gerek vardır. ¶

Ayrıca yeme tutumlarını ve bulimik semptomları ölçen BITE'a göre gruplar arasında fark olup olmadığına baktığımızda semptom derecesi ve ciddiyet derecesi bakımından TYB grubuyla TYO grubu arasında beklendiği gibi bir farklılık olduğu görülmektedir.

Literatürde TYB grubunun yeme tutumlarının tıknırcasına yemeyen obezlerden farklı olduğu yönündedir. Hsu ve arkadaşlarının (2002) yaptığı bir çalışmaya göre Eating Disorders Envantry'yle ölçülen yeme tutumlarına göre TYB kriterlerine uyan deneklerin yeme tutumlarında tıknırcasına yemeyenlere göre daha fazla bozukluk bulunmaktadır.

Wilson ve arkadaşları EDE'yi kullanarak BKİ'si 30 ve 40 arasında olan denekleri incelemiş ve TYB grubunda daha yüksek yeme bozukluğu ve beden imajı tatminsizliği bulmuştur.

Sonuç olarak ifade edebiliriz ki obez grubun içinde tıknırcasına yeme bozukluğu kriterlerine uyan, bu kriterlere kısmen uyan ve hiç tıknırcasına yemeyen gruplar bulunmaktadır. Bu çalışmayı yapmadaki amacımız obezitenin homojen bir grup olup olmadığını, içinde farklı unsurların barınıp barınmadığını görmektir. Örneğimiz küçük olsa ve klinik popülasyondan oluşsa da obezitenin içinde tıknırcasına yeme bozukluğu grubunun önemli bir yer taşıdığı ve bu grubun bilişsel yapısının ve psikopatoloji düzeyinin tıknırcasına yemeyen obez gruptan farklı olduğu konusunda bir ipucu verir nitelikte gibi görünmektedir.

**Silinmiş:** ,

**Silinmiş:** olmadığını

**Silinmiş:** dığını gösterebilmektir

**Silinmiş:** Böylece obezitenin tedavisinde somut sonuçlar alınmasını sağlayacak yollar önerilebilmeyi amaçlıyorduk.

**Silinmiş:** verir

**Silinmiş:** .

Daha önce ifade edildiği gibi obez bireyler kendileri ve kiloları hakkında olumsuz inançlar taşıyabilirler. Bu olumsuz inançlar kilo verme girişimleriyle ilişkili de olabilir. Obezite tedavisinin ve sonrasında da kaybedilen kilonun geri alınmamasına yönelik çabanın başarılı olabilmesi için bu inançların değiştirilmesi büyük önem taşır. Bir kilo aldığı veya o hafta kilo veremediği için kendisini başarısız bir insan olarak gören kişinin kilo verme çabalarının sonuçsuz kalması, hatta bu durumun genel hayatına yansması mümkündür. Bilişsel tedavinin amacı bu hatalı düşünme şekillerini ve olumsuz düşünceleri değiştirmektir. Tıknırcasına yeme bozukluğu daha fazla psikopatolojiyle ve beden imajı bozukluğuyla ilişkili olduğu için özellikle bu grubun belirlenip çeşitli bilişsel stratejiler ve bilişsel yapılanmayla obezite tedavilerinde faydalı olacaktır.

Bu araştırmanın sonuçları, tıknırcasına yeme bozukluğu gösteren obez kişiler, tıknırcasına yeme bozukluğu göstermeyen obezler bireylerden bilişsel yapı, genel psikopatoloji, beden imajı ve yeme tutumları bakımından anlamlı şekilde farklılaşabildiğini göstermektedir. Obeziteye uygun bir tedavinin verilebilmesi için tedaviye başlamadan önce obez grubu oluşturan alt grupların ayrıştırılması tedavinin sağlığı açısından yararlı olabilir. Bu durumun obezite tedavi merkezlerinde göz önünde bulundurulup önce obez kişide yeme bozukluğunun bulunup bulunmadığının tespit edilmesi, tedavinin buna uygun şekilde verilmesi ve psikolojik tedaviyle eşgüdümlü gitmesi uygun olabilir. Tek başına diyet tedavisi veya tek başına psikolojik tedavi obezitenin sağaltımında yeterli görünmemektedir. Uzun dönemli sonuçlara ulaşmak için tedavinin bir ekip çalışması olarak değerlendirilmesi sağlanmalıdır.

Silinmiş: 1

Silinmiş: göstermektedir ki

Silinmiş: maktadır.

Silinmiş: caktır

Silinmiş: gerekmektedir

Silinmiş: ip verilmesi

Tıknırcasına yeme bozukluğu söz konusu olduğunda işe hem yeme bozukluğu, hem de kilo sorunları karıştığı için iki alandaki araştırmacılar tedavi hedeflerini kendi eğitimlerine göre değerlendirmektedirler. Tartışmanın bir tarafında yeme bozuklukları uzmanları tıknırcasına yemenin geleneksel yeme bozukluğu yaklaşımıyla en iyi şekilde tedavi edileceğine inanmaktadır. Bunun için hastanın tıknırcasına yemesinin azaltılmasına veya tamamen kaldırılmasına yardımcı olmanın, öz saygılarını geliştirip bedenlerini kabul etmelerinin sağlanması gerektiğini savunmaktadır. Öte yandan obezite uzmanları önce obeziteyi tedavi etmenin gerekliliğine inanmaktadır. Aşırı kiloyu tedavi etmeye çalışmadan önce psikolojik problemlerle uğraşmanın doğru olmadığını düşünmektedirler.

Silinmiş: iyolar

Silinmiş: iyolar

Silinmiş: uyolar

Silinmiş: iyolar

Silinmiş: uyolar

Silinmiş: Yeme ve Kilo Bozukluklarıyla Uğraşan Yale Center'ın yöneticisi Kelly

Silinmiş: bu noktada şöyle diyor: "Obeziteyle uğraşan halk sağlığı uzmanları,

Silinmiş:

Silinmiş: bir şey olduğunu söylüyorlar

Silinmiş: T

Silinmiş: değil

Silinmiş: k

Silinmiş: iyor," (Tory deAngelis, 2002)

Silinmiş: bir

Silinmiş: var. K

Brownell'a göre (deAngelis, 2002), obeziteyle uğraşırken kiloyu tedavi etmemenin, şeytanırtınağını tedavi edip kanseri bir kenara bırakmak gibidir. Aynı araştırmacı tıknırcasına yemenin halk sağlığı için önemli bir konu olmayıp, tıknırcasına yemeyi ortadan kaldırmanın, obezitenin hipertansiyon, felç ve kalp krizi gibi uzun dönemli sekelleri yok etmediğini ifade etmektedir.

Ancak burada gözden kaçırılmaması gereken nokta, kilo sorunlarını tedavi etmek için öncelikle hastanın kilo almasına yol açan psikolojik sorunlarını -eğer

varsa- ortadan kaldırmanın gerekiyor olmasıdır, Hastanın psikolojik sorunları ortadan kalktıktan sonra kazandığı özgüvenle o kiloları belki davranışsal, belki farmakolojik yöntemlerle zaten vereceği düşünülebilir. Önemli olan hastaya bu kararlılığı kazandırabilmektir diye düşünüyoruz.

**Silinmiş:** k gerekiyor

**Silinmiş:** ktir

### **Araştırmanın Kısıtlılıkları**

Örneklem grubumuz yeterli olmakla birlikte istendiği ölçüde değildir. Daha geniş bir zamana yayılıp takip çalışmasını da kapsayan geniş örneklemler bir araştırmanın verimli olacağını düşünüyoruz.

Deney grubumuzu tedavi arayışındaki obez hastalar oluşturduğu için sonuçlar bütün obez ve tıknırcasına yeme bozukluğu gruplarına genellenemez. Ancak genel anlamda fikir verici olduğu düşünül**ebilir**.

Ayrıca çalışmayı yalnızca kadınlar üzerinde yapmak da eksikliklerimizden biri. Obezite kliniklerine fazla sayıda erkek başvurmaması için bu çalışmaya erkek hastalar dahil edilmemiştir, ama erkekleri de içeren bir çalışma obezitenin erkekler üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu göstere**bilir**.

Özetle, tıknırcasına yeme bozukluğu ve psikopatoloji arasında Amerika ve Avrupa çalışmalarında bulunan bağın ülkemiz için de geçerli olabileceği söylene**bilir**. Bu çalışmanın verileri obezite tedavisine başlayan kadınların belirgin bir bölümünün tıknırcasına yeme bozukluğu tanısına uyduğunu, bu grubun bilişsel yapı ve psikopatoloji açısından tıknırcasına yemeyen obez gruptan farklı olduğunu gösterir yöndedir. Buradaki psikopatolojide hangi faktörlerin etkili olduğunun tespit edilmesi, bilişsel yapının daha derinlemesine, şema bazında incelenmesi için daha ileri çalışmalara gerek vardır.

**Silinmiş:** Daha önceki çalışmalarla tıknırcasına yeme bozukluğu olan ve olmayan obez kişiler arasında depresyon ve genel psikopatoloji bakımından fark olduğu sık sık gösterilse de bu çalışma yalnızca bunların bir tekrarı olmayıp bu iki grubun arasında kilo ve vücut şekliyle ilgili düşünceler bakımından da farklılık olduğunu göstermektedir. Bundan sonraki çalışmaların tıknırcasına yeme bozukluğunun temelindeki bilişsel şemaları tespit etmeye yönelmesi yararlı olacaktır diye düşünüyoruz. Bunun yanı sıra özellikle tıknırcasına yeme bozukluğuna yönelik bilişsel modellerin oluşturulması yapılacak tedavilerin sağlığı açısından fayda getirecektir. ¶

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Silinmiş:** Süre sıkıntısı yüzünden ö

**Silinmiş:** belki

**Silinmiş:** mektedir

**Silinmiş:** biz

**Silinmiş:** onları çalışmamıza dâhil etmedik

**Silinmiş:** cektir

**Silinmiş:** yecek olursak

**Silinmiş:** duğunu

**Silinmiş:** yebiliriz

**Silinmiş:** Verilerimiz



## Öneriler

Daha önceki çalışmalarla tıknırcasına yeme bozukluğu olan ve olmayan obez kişiler arasında depresyon ve genel psikopatoloji bakımından fark olduğu sık sık gösterilse de bu çalışma yalnızca bunların bir tekrarı olmayıp bu iki grubun arasında kilo ve vücut şekliyle ilgili düşünceler bakımından da farklılık olduğunu göstermektedir. Bundan sonraki çalışmaların tıknırcasına yeme bozukluğunun temelindeki bilişsel şemaları tespit etmeye yönelmesi yararlı olabilir. Bunun yanı sıra özellikle tıknırcasına yeme bozukluğuna yönelik bilişsel modellerin oluşturulması yapılacak tedavilerin sağlığı açısından fayda getirebilir diye düşünüyoruz.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Silinmiş:** ¶



<u>Agras, W.S., Telch, C.F.,</u>	“One-year Follow Up of Cognitive Behavioral	
<u>Arnow, B., Eldredge, K.,</u>	Therapy for Obese Individuals with	
<u>Marnell, M.: 1997</u>	Binge Eating Disorde”, <b>Journal of Consulting</b>	<b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın
	<b>and Clinical Psychology</b> , 65,343-347.	<b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk
		<b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil
		<b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 177 nk
<u>Aydın, G., Aydın, O.: (1990)</u>	“Otomatik Düşünceler Ölçeğinin Geçerlik ve	<b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk
	Güvenirliği”, <b>Psikoloji Dergisi</b> , 7 (4): 51-57.	
<u>Bandini, L.G., Schoeller, D.A.,</u>	“Validity of Reported Energy Intake in Obese	<b>Silinmiş:</b> and
<u>C.Y.R.:1990</u>	and Nonobese Adolescent”, <b>American Journal</b>	<b>Silinmiş:</b> ,”
	<b>of Clinical Nutrition</b> , 52: 421.	<b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın
		<b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: İlk satır: 0 nk
<u>Basdevant, A., Pouillon, M.,</u>	“Prevalance of Binge Eating Disorder in	<b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil
<u>Lahlon, W.: 1995</u>	Different Population of French Women”,	<b>Silinmiş:</b> 1990,
	<b>International Journal of Eating Disorders</b> ,	<b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk
	18, 309-315.	<b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın
<u>Batur, S.: 2004</u>	“Yeme Tutumu Bozukluğu Gösterenlerde ve	<b>Silinmiş:</b> ¶
	Göstermeyenlerde Temel Bilişsel Şemalar”,	<b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın
	<b>Doktora Tezi</b> , Ankara Üniversitesi, Sosyal	<b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil
	<b>Bilimler Enstitüsü</b> .	<b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk
<u>Bauer, B.G., Anderson, W.P.:</u>	“Bulimic Beliefs: Food for Thought”, <b>Journal</b>	<b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil
<u>1989</u>	<b>of Counselling and Development</b> , 67, 416-419.	<b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk
<u>Beck, A.T., Rush, A.J.,</u>	“Cognitive Therapy of Depression.” New	<b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın
<u>Show, B.F., Emery, G.: 1984</u>	York, Guilford Press.	<b>Silinmiş:</b> ¶
<u>Becker, B.J.: 1960</u>	“The Obese Patients in Psychoanalysis”	<b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil
	<b>American Journal of Psychotherapy</b> , 14: 322.	<b>Silinmiş:</b> ,”
		<b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil
		<b>Silinmiş:</b> 1960,

Bellace, D.L.:2005 "Predictors of Attrition and Weight Loss in Obese Treatment Seeking Males and Females"  
**Doktora Tezi.** **Silinmiş: ,"**  
**Silinmiş: , Nisan 2005.**  
**Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil**

Black, D.W., Goldstein, R.B., Mason, E.E.: 1992 "Prevalance of Mental Disorder in 88 Morbidly Obese Bariatric Clinic Patients." **American Journal of Psychiatry, 149, 227-234.** **Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın**

Brody, M.L., Walsh, B.T., of Devlin, M.J.: 1994 "Binge Eating Disorder: Reliability and Validity of a new diagnostic category". **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 381-386.** **Silinmiş: ¶**  
**Biçimlendirilmiş: Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk**  
**Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın**  
**Biçimlendirilmiş: Girinti: İlk satır: 0 nk**  
**Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın**

Brownell, K.D., Wadden, T.A.: 1992 "Etiology and Treatment of Obesity: Understanding a Serious, Prevalent and Refractory Disorder", **Journal Of Consulting and Clinical Psychology, 60/4, 505-517.** **Biçimlendirilmiş: Girinti: İlk satır: 0 nk**  
**Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın**

Bruce, B., Agras, W.S.:1992 "Binge Eating in Females: A Population Based Investigation", **International Journal of Eating Disorders, 12, 365-373.** **Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil**

Bruch, H.: 1952 "Psychological Aspects of Reducing"  
**Psychosomatic Medicine, 1952, 14: 337-346.** **Silinmiş: ,"**  
**Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil**

Bruch, H.: 1961 "Psychological Aspects in Overeating and Obesity". **Psychosomatics, 5: 269-274.** **Silinmiş: ,"**  
**Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil**

Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Kendler, K.S.: 2003 "Genetic and Environmental Contributions to Obesity and Binge Eating", **International** **Silinmiş: 1961;**  
**Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın**

	<u>Journal of Eating Disorders</u> , 33, 293-298.	<p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: İlk satır: 0 nk</p>
Butterfield, P.S., Leclair, S.: 1988	“Cognitive Characteristics of Bulimic and Drug Abusing Women”, <u>Addictive Behavior</u> , 13, 131-138.	<p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p>
Bychowski, G.: 1950	“On Neurotic Obesity”, <u>Psychoanalysis Reviews</u> , 37: 301-319.	<p><b>Silinmiş:</b> ,”</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Silinmiş:</b> 1950,</p>
Cachelin, F.M., Striegel-Moore, R.H., Elder, K.A., Pike, K.M., O’Connor, M.E.: 1999	“Natural Course of A Community Sample of Women with Binge Eating Disorder”, <u>International Journal of Eating Disorders</u> , 25, 45-54.	<p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın</p>
Carpenter, K.M., Hasin, D.S., Allison, D.B., Faith, M.S.: 2000	“Relationships Between Obesity and DSM-IV Major Depressive Disorder, Suicide Ideation and Suicide Attempts: Results from a General Population Study”, <u>American Journal of Public Health</u> , 90, 251-257.	<p><b>Silinmiş:</b> ¶</p> <p><b>Silinmiş:</b> DSM-IV Major ¶</p> <p><b>Silinmiş:</b> &amp; .</p> <p><b>Silinmiş:</b> Ideation and Suicide¶</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: İlk satır: 0 nk</p> <p><b>Silinmiş:</b> ,”</p>
Carter, J.C., Fairburn, C.G.: 1998	“Cognitive Behavioral Self-Help for Binge Eating Disorder: A Controlled Effectiveness Study.” <u>Journal of Consulting Clinical Psychology</u> , 66, 616-623.	<p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Silinmiş:</b> 2000,</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: İlk satır: 0 nk</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p>
Cash, T.F., Hicks, K.L.:1990	“Being Fat Versus Thinking Fat: Relationships with Body Image, Eating Behaviors and Well-Being”, <u>Cognitive Therapy and Research</u> , 14, 327-341.	<p><b>Silinmiş:</b> ,”</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Silinmiş:</b> 1990,</p>

Conforto, R.M., Gershman, L.: 1985 “Cognitive Processing Differences Between and Nonobese Subjects.” **Addictive Behaviors**, 10, 83-85.

**Silinmiş:** .

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk

**Silinmiş:** Obese and

**Silinmiş:** ,”

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** 1985,

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 141,6 nk, İlk satır: 35,4 nk

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 0 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** &

**Silinmiş:** ,”

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** 2001,

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Cooper, M.J., Fairburn, C.G.: 1992 “Thoughts About Eating, Weight and Shape in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa.” **Behavior Research and Therapy**, 30, 501-511.

Cooper, Z., Fairburn, C.G.: 2001 “A New Cognitive Behavioral Approach to the Treatment of Obesity.” **Behaviour Research and Therapy**, 39, 499-511.

Cotrufo, P., Barretta, V., Monteleone, P., Maj, M.: 1988 “Full-syndrome, Partial-syndrome and Subclinical Eating Disorders: An Epidemiological Study of Female Students in Southern Italy”. **Acta Psychiatry Scand**, 98: 112-115.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Crisp, A.H., McGuiness, B.: 1976 “Jolly Fat: Relation Between Obesity and Psychoneurosis in General Population”. **British Medical Journal**, 3:7.

**Silinmiş:** ¶

**Silinmiş:** ,”

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** 1976,

DelRosario, M.W., Brines, J.L., Coleman, W.R.: 1984 “Emotional Response Patterns to Body Weight Related Cues: Influence of Body Weight Image”. **Personality and Social Psychology Bulletin**, 10, 369-375.

**Silinmiş:** Related ¶

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 0 nk

**Silinmiş:** ,”

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

Derogatis, L.R.: 1993 “The Brief Symptom Inventory: Administration, Scoring and Procedures Manual III”. **Clinical Psychometric Research**, Baltimore.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** 1984,

De Zwaan, M., Mitchell, J.E.: "Binge Eating in ühe Obese", **Annals of Medicine**, 24, 303-308. 1992

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

De Zwaan, M., Mitchell, J.E., Seim, H.C., Specker, S.M., Pyle, R.L., Raymond, N.C., Crosby, R.D.: 1994 "Eating Related and General Psychopathology in Obese Females with Binge Eating Disorder", **International Journal of Eating Disorders**, 15, 43-52.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 180 nk, Numaralı + Düzey: 2 + Numaralandırma Stili: 1, 2, 3, ... + Başlangıç: 1992 + Hizalama: Soldan + Hizalandığı yer: 54 nk + Sekme başlangıcı: 231 nk + Girinti yeri: 231 nk, Sekmeler: Eskisi 231 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

Dingemans, A.E., Bruna, M.J., va Furth, E.F.: 2002 "Binge Eating Disorder", **International Journal of Obesity**, 26/3, 299-307.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

DSM-IV: 1994 **Tanı Ölçütleri Basvuru El Kitabı**, Hekimler Yayın Birliği, Ankara

Eldredge, K.L., Agras, W.S.: 1997 "The Relationship Between Perceived Evaluation of Weight and Treatment Outcome Among Individuals with Binge Eating Disorder", **International Journal of Eating Disorders**, 22, 43-49.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 0 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Eldredge, K.L., Agras, W.S., Arnow, B., Telch, C.F., Bell, S. Castonguay, L., Marnell, M.: 1997 "The Effects of Extending Cognitive Behavioral Therapy for Binge Eating Disorder Among Initial Treatment Nonresponders", **International Journal of Eating Disorders**, 21, 347-352.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Silinmiş:** ,

**Silinmiş:** ,"

Elfhag, K.: 2003 "Rorschach Personality Characteristics in Obesity, Eating Behaviour and Treatment Outcome", **Doktora Tezi**, Stockholm.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** 2003,

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

- Erol, A., Toprak, G., Yazıcı, F.: 2002 “Üniversite Öğrencisi Kadınlarda Yeme Bozukluğu ve Genel Psikolojik Belirtileri Yordayan Etkenler”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 13/1, 48-57. **Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın
- Fabricatore, A.N., Wadden, T.A.: 2003 “Psychological Functioning of Obese Individuals”, **Diabetes Spectrum**, 16: 245-252. **Silinmiş:** Individuals,” **Silinmiş:** 2003, **Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., Norman, P.A., O’Connor, M.E.: “The Natural Course of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder in Young Women.” **Archives of General Psychiatry**, 57, 659-665. **Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Shafran, R.: 2003 “Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders: A “Transdiagnostic” Theory and Treatment”, **Behavior Research and Therapy**, 41, 509-528. **Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk **Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil
- Fairburn, C.G., Doll, H.A., Welch, S.L., Hay, P.J., Davies, B.A., O’Connor, M.E.: 1998 “Risk Factors for Binge Eating Disorder”, **Archives of General Psychiatry**, 58, 425-432. **Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Carr, S. J., Solomon, R.A., O’Connor, M.E.: 1991 “Three Psychological Treatments for Bulimia Nervosa A Comparative Trial.” **Archives of General Psychiatry**, 48, 463-469. **Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın **Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk **Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın
- Fairburn, C.G., Welsch, S.L., Norman, P.A., O’Connor, M.E., Doll, H.A.: 1996 “Bias and Bulimia Nervosa: How Typical are Clinical Cases?” **American Journal of Psychiatry**, 153, 386-391. **Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk
- Fassino, S., Leombruni, P., “Temperament an Character in Obese Women



Piero, A.: 2002 with and without Binge Eating Disorder.” **Comprehensive Psychiatry**, 43, 431-437. **Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Fichter, M.M., Quadflieg, N., Brandl, B.: 1993 “Recurrent Overeating: An Empirical Comparison of Binge Eating Disorder, Bulimia Nervosa and Obesity.” **International Journal of Eating Disorders**, 14, 1-16. **Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, Aslı: 177 nk **Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Fichter, M.M., Quadflieg, N., Gnutzmann, A.: 1998 “Binge Eating Disorder: Treatment Outcome Over a 6-year Course”, **Journal of Psychosomatic Research**, 44, 385-405. **Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, Aslı: 177 nk **Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Field, A.E., Barnoya, J., Colditz, G.A.: 2003 “Obezitenin Epidemiyolojisi, Sağlık ve Ekonomi Üzerindeki Etkileri” Çev.: Alpaslan Saçıkara, Ali Murat Yılmaz, **Obezite Tedavisi El Kitabı**, Ed. Thomas A. Wadden, Albert J. Stunkard, 3-18. **Silinmiş:** : **Silinmiş:** Ekonomi **Silinmiş:** ,” **Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 0 nk **Silinmiş:** 2003,

Fitzgibbon, M.L., Blackman, L.R.: 2000 “Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa: Differences in the Quality and Quantity of Binge Eating Episodes”, **International Journal of Eating Disorders**, 27, 238-243. **Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil **Silinmiş:** R **Silinmiş:** Different **Silinmiş:** & **Silinmiş:** Not Seek Treatment,” Health Psychology, 1993, 12, 342-345. ¶

Fitzgibbon, M.L., Stolley, M.R., Kirschenbaum, D.S.: 1993 “Obese People Who Seek Treatment Have Different Characteristics Than Those Who Do Not Seek Treatment”, **Health Psychology**, 12, 342-345. **Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil **Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil **Silinmiş:** ¶ **Silinmiş:** Adults,” **Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil **Silinmiş:** 2002, **Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk

Flegal, K.M., Carroll, M.D., Ogden, C.L., Johnson, C.L.: 2002 “Prevalance and Trends in Obesity Among US Adults”, **JAMA**, 288: 1723-1727. **Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk

<p>Foster, G.D., Wadden T.A.: <u>1994</u></p>	<p>“The Psychology of Obesity, Weight Loss and Regain: Research and Clinical Findings”</p> <p><b>Obesity, Pathophysiology, Psychology and Treatment</b>, Ed. George L. Blackburn, Beatrice S. Kanders, 140-165.</p>	<p><b>Silinmiş:</b> Weight</p> <p><b>Silinmiş:</b> ,”</p> <p><b>Silinmiş:</b> 1994,</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p>
<p>Friedman, M.A., Brownell, K.: <u>1995</u></p>	<p>“Psychological Correlates of Obesity: Moving to the Next Research Generation”</p> <p><b>Psychological Bulletin</b>, <u>117/1</u>, 3-20.</p>	<p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk</p> <p><b>Silinmiş:</b> to the</p> <p><b>Silinmiş:</b> ,”</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Asılı: 174 nk</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p>
<p>Friedman, K.E., Reichmann, S.K., Costanzo, P.R., Musante, J. Gerard.: <u>2002</u></p>	<p>“Body Image Partially Mediates the Relationship Between Obesity and Psychological Stress”</p> <p><b>Obesity Research</b>, 10:33-41.</p>	<p><b>Silinmiş:</b> 1995, 117</p> <p><b>Silinmiş:</b> (1), 3-20.</p> <p><b>Silinmiş:</b> Relationship</p> <p><b>Silinmiş:</b> Psychological Stres,” Obesity ¶</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p>
<p>Garner, D.M.: <u>1997</u></p>	<p>“The Body Image Survey Results”</p> <p><b>Psychology Today</b>, 30 75-84.</p>	<p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: İlk satır: 0 nk</p>
<p>Garner, D., Bemis, K.: 1982</p>	<p>“A Cognitive Behavioral Approach to Anorexia Nervosa.”</p> <p><b>Cognitive Therapy and Research</b>, 6, 123-150.</p>	<p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Silinmiş:</b> 2002,</p> <p><b>Silinmiş:</b> ,”</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p>
<p>Garner, D.M., Wooley, S.C.: <u>1991</u></p>	<p>“Confronting the Failure of Behavioral and Dietary Treatments for Obesity”</p> <p><b>Clinical Psychology Reviews</b>, 11, 729-780.</p>	<p><b>Silinmiş:</b> 1997,</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın</p>
<p>Goebel, M., Spalthoff, G., Schulze, C., Florin, I.: 1989</p>	<p>“Dysfunctional Cognitions, Attributional Style and Depression in Bulimia”</p> <p><b>Journal of Psychosomatic Research</b>, 33, 747-752.</p>	<p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 177 nk</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın</p>
<p>Goldfein, J.A., Walsh, B.T.,</p>	<p>“Eating Behavior in Binge Eating Disorder”</p>	<p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 177 nk</p>

LaChaussee, J.L., Kissileff, H.R.: 1993 International Journal of Eating Disorders, 14, 427-431.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Goodrick, G.K., Foreyt, J.P.: 1991 “Why Treatments for Obesity Don’t Last?” Journal of American Dietetic Association, 91, 1243-1247.

**Silinmiş:** ,”

**Silinmiş:** Journal of

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk

**Silinmiş:**

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** 1991,

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 141,6 nk, İlk satır: 35,4 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Goodsitt, A.: 1983 “Self Regulatory Disturbances in Eating Disorders”, International Journal of Eating Disorders, 2/3, 51-60.

Götestam, K.G., Agras, W.S.: 1995 “General Population-Based Epidemiological Study of Eating Disorders in Norway”, International Journal of Eating Disorders, 18: 119-126.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 0 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Grilo, C.M., Wilfley, D., Brownell, K.D., Rodin, J.: 1994 “Teasing, Body Image and Self Esteem In a Clinical Sample of Obese Women”, Addictive Behavior, 19, 443-450.

**Silinmiş:** Clinical

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Silinmiş:** Sample of Obese Women,” Addictive

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** 1994,

**Silinmiş:** :

Grilo, C.M., Masheb, R.M.: 2000 “Onset of Dieting vs Binge Eating in Outpatients with Binge Eating Disorder”, International Journal of Obesity Relations Metabolic Disorder, 24, 151-157.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

2001 "Childhood Psychological, Physical and Sexual Maltreatment in Outpatients with Binge Eating Disorder: Frequency and Associations with Gender, Obesity and Eating-related Psychopathology", **Obesity Research**, 9, 320-325.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Grissett, N.L., Fitzgibbon, M.L.: "The Clinical Significance of Binge Eating in an Obese Population: Support for BED and Questions Regarding Its Criteria", **Addictive Behavior**, 21, 57-66.

Haiman, C., Devlin, M.J.: "Binge Eating Before the Onset of Dieting: A Distinct Subgroup of Bulimia Nervosa", **International Journal of Eating Disorders**, 25: 151-157.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Hallstrom, T., Noppa, H.: "Obesity in Women in Relation to Mental Illness, Social Factors and Personality Traits", **Journal of Psychosomatic Research**, 25, 75-82.

**Silinmiş:** &

**Silinmiş:** Illness, Social

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk

**Silinmiş:** ,"

**Silinmiş:** 1981,

**Silinmiş:** ,

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** p

**Silinmiş:** ,"

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** 1951;

Hamburger, W.W.: "Emotional Aspects of Obesity", **Medical Clinics of North America**, 35:483-499.

Harding, T.P., Lachenmeyer, J.R.: "Family Interaction Patterns and Locus of Control as Predictors of the Presence and Severity of Anorexia Nervosa", **Journal of Clinical Psychology**, 42/3, 440-448.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 0 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Hay, P.: 1998 "The Epidemiology of Eating Disorder Behaviors: an Australian Community-Based Survey", **International Journal of Eating Disorders**, 23; 371-382.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Hay, P., Fairburn, C.: 1998 "The Validity of the DSM-IV Scheme for Classifying Bulimic Eating Disorders", **International Journal of Eating Disorders**, 23, 7-15.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Herpertz, S., Albus, C., Lichtblau, K., Kohle, K., Mann, K., Senf, W.:2000 "Relationship of Weight and Eating Disorders in Type II Diabetic Patients: A Multicenter Study", **International Journal of Eating Disorders**, 28: 68-77.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

Herpertz, S., Albus, C., Wagener, R., Kocnar, M., Wagner, R., Henning, A., Best, F., Foerster, H., Schleppinghoff, B.S., Thomas, W., Kohle, K., Mann, K., Senf, W.: 1998 "Comorbidity of Diabetes and Eating Disorders - Does Diabetes Control Reflect Disturbed Eating Behavior?" **Diabetes Care**, 21: 1110-1116.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Hodges, E.L., Cochrane, C.E., Brewerton, T.D.: 1998 "Family Characteristics of Binge Eating Disorder Patients", **International Journal of Eating Disorders**, 23, 145-151.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Hollan, S.D., Kendall, P.C.: 1980  
"Cognitive Self-statements in Depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire," Cognitive Therapy and Research, 4, 383, 395.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

Horm, J. Andersen, K.: 1993  
"Who in America is Trying to Lose Weight?" Annals of International Medicine, 119, 672-676.

**Silinmiş:** 1993,

**Silinmiş:** ,

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** Normal

**Silinmiş:** ,"

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk

**Silinmiş:** ¶  
D., Mark, S., & Rosenthal, N.E.:

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** 1988,

**Silinmiş:** NHANES, ¶

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Silinmiş:** 1992,  
**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 0 nk

**Silinmiş:** ¶

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk

**Silinmiş:** ,"

**Silinmiş:** Journal of

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Silinmiş:** 1957,

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 141,6 nk, İlk satır: 35,4 nk

Howard, C.E., Porzelius, L.K.: 1999  
"The Role of Dieting in Binge Eating Disorder: Etiology and Treatment Implications", Clinic Psychology Review, 19, 25-44.

Hudson, J.E., Pope, H.G., Wurtman, J., Yurgelun-Todd, D., Mark, S., Rosenthal, N.E.: 1988  
"Bulimia in Obese Individuals: Relationship to Normal Weight Bulimia", Journal of Nervous and Mental Disease, 176, 144-152.

Istvan, J., Zavela, K., & Weidner, G.: 1992  
"Body Weight and Psychological Distress in Obese", International Journal of Obesity, 16: 999-1003.

Kaplan, H.I. & Kaplan, H.S.: 1957  
"The Psychosomatic Concept of Obesity", Journal of Nervous and Mental Disease, 125: 181-201.

Katzman, M.A., Wolchik, S.A.: 1984  
"Bulimia and Binge Eating in College Women: A Comparison of Personality and

Behavioral Characteristics”, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 52, 423-428.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 0 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

Kızıltan, G., Karabudak, E., Ünver, S., Sezgin, E., Ünal, A.: “Nutritional Status of University Students with Binge Eating Disorder”, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, 58: 167-171, 2005.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

Kinzl, J.F., Traweger, C., Trefalt, E., Mangweth, B., Biebl, W.: 1999 “Binge Eating Disorder in Females: A Population Based Investigation”, **International Journal of Eating Disorders**, 25: 287-292.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Kirkley, B.G., Kolotkin, R.L., Hernandez, J.T., Gallagher, P.N.: 1992 “A Comparison of Binge-Purgers, Obese Binge Eaters and Obese Nonbinge Eaters on the MMPI”, **International Journal of Eating Disorders**, 12, 221-228.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Kittel, F., Rustin, R.M., Dramaix, M., DeBacker, G., Kornitzer, M.: 1978 “Psychosocio-biological Correlates of Moderate Overweight in an Industrial Population” **Journal of Psychosomatic Research**, 22, 145-158.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 0 nk

Kohlmaier, J.R.: 2003 “A Path Analysis of Binge Eating and Obesity in African Americans: Acculturation, Racism, Emotional Stres, Binge Eating, Body Dissatisfaction, Attitudes towards Obesity, Dietary Restraint, Dietary Fat Intake and Physical Activity”, **Doktora Tezi**, Louisiana States University, ABD.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Kolotkin, R.L., Revis, E.S.,

“Binge Eating in Obesity: Associated MMPI

Kirkley, B.G., Janick, L.:  
1987

Characteristics”, **Journal of Consulting and  
Clinical Psychology**, 55: 872-876.

**Silinmiş:** ,”

**Silinmiş:** Clinical

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Silinmiş:** 1987,

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Silinmiş:** Kittel, F., Rustin,  
R.M., . “Psychosocio-biological  
Correlates of Moderate ¶  
Dramaix, M., DeBacker,  
G., & . Overweight in an Industrial  
Population,” Journal of ¶  
Kornitzer, M.: Psychosomatic  
Research, 1978, 22, 145-158. ¶

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Silinmiş:** ,”

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Silinmiş:** 1970,

**Silinmiş:** for

**Silinmiş:** &

**Silinmiş:** “

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk  
sadır: 0 nk

**Silinmiş:**

**Silinmiş:** ,”

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Silinmiş:** 1989,

**Biçimlendirilmiş** ... [68]

**Biçimlendirilmiş** ... [69]

**Biçimlendirilmiş** ... [70]

**Biçimlendirilmiş** ... [71]

**Biçimlendirilmiş** ... [72]

**Biçimlendirilmiş** ... [73]

**Biçimlendirilmiş** ... [74]

**Biçimlendirilmiş** ... [75]

Kornhaber, A.: 1970

“The Stuffing Syndrome”, **Psychosomatics**, 11:  
580.

Kramer, F.M., Jeffrey, R.W.,  
Forster, J.L., Snell, M.K.: 1989

“Long-term Follow up of Behavioral Treatment  
for Obesity: Patterns of Weight Regain  
Among Men and Women”, **International  
Journal of Obesity**, 13, 23-136.

**Biçimlendirilmiş** ... [76]

**Biçimlendirilmiş** ... [77]

**Biçimlendirilmiş** ... [78]

**Biçimlendirilmiş** ... [79]

Kuehnel, R.H., Wadden, T.A.:  
1994

“Binge Eating Disorder, Weight Cycling and  
Psychopathology”, **International Journal of  
Eating Disorders**, 15, 321-329.

LaChausse, J.L., Kissileff,  
H.R., Walsh, B.T., Hadigan,  
C.M.: 1992

“The Single-item Meal as a Measure of Binge  
Eating Behavior in Patients with Bulimia  
Nervosa”, **Psychological Behavior**, 38, 563-570.

Lingswiler, V.M., Crowther,  
J.H., Stephens, M.A.: 1987

“Emotional Reactivity and Eating Binge Eating  
and Obesity,” **Journal of Behavioral  
Medicine**, 10, 287-299.

Lohr, J.M., Parkinson, D.L.:  
1989

“Irrational Beliefs and Bulimia Symptoms”,  
**Journal of Rational Emotive and Cognitive  
Behavior Therapy**, 7, 253-262.



Mannucci, E., Bardini, G., Ricca, V., Tesi, F., Piani, F., Vannini, R., Rotella, C.M.: “Eating Attitudes and Behavior in Patients with Type II Diabetes”, **Diabetical Nutritional Metabolisma**, 10: 275-281. 1997

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın  
**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

Marcus, M.D., Moulton, M.M., Greeno, C.G.: 1995 “Binge Eating Onset in Obese Patients with Binge Eating Disorder”, **Addictive Behavior**, 20: 747-755.

Marcus, M.D., Smith, D.E., Santelli, R., Kaye, W.: 1992 “Characterization of Eating Disorder Behavior in Obese Binge Eaters”, **International Journal of Eating Disorders**, 12, 249-255.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın  
**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 0 nk

Marcus, M.D., Wing, R.R., Ewing, L., Kern, E., Gooding, W., McDermott, M.: 1990 “Psychiatric Disorders Among Obese Binge Eaters”, **International Journal of Eating Disorders**, 9, 69-77.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil  
**Silinmiş:** Eaters,”  
**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Marcus, M.D., Wing, R.R., Hopkins, J.: 1988 “Obese Binge Eaters: Affect Cognitions and Response to Behavioral Weight Control”, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 56, 433-439.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın  
**Silinmiş:** Disorders, 1990, 9, ¶  
**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil  
**Silinmiş:** &

Marcus, M.D., Wing, R., Lamparski, D.M.: 1985 “Binge Eating and Dietary Restraint in Obese Patients”, **Addictive Behavior**, 10, 163-168.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın  
**Silinmiş:** &  
**Silinmiş:** Response to¶  
**Silinmiş:** ,”  
**Silinmiş:** 1988,

Markus, H., Hamil, R., Sentis, K.P.: 1987 “Thinking Fat: Self-Schemas for Body Weight and the Processing of Weight Relevant Information”, **Journal of Applied Social Psychology**, 17, 50-71.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil  
**Silinmiş:** ¶  
**Silinmiş:** and the ¶  
**Silinmiş:** ,”  
**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil  
**Silinmiş:** 1987, 1

Masheb, R.M., Grilo, C.M.: 2000 "Binge Eating Disorder: A Need for Additional Diagnostic Criteria", **Complementary Psychiatry**, 41, 159-162.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

2001 "Accuracy of Self-reported Weight in Patients with Binge Eating Disorder", **International Journal of Eating Disorders**, 29, 29-31.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Matz, P.E., Foster, G.D., Faith, M.S., Wadden, T.A.: 2002 "Correlates of Body Image Dissatisfaction Among Overweight Women Seeking Weight Loss", **Journal of Consulting Clinical Psychology**, 70: 1040-1044.

**Silinmiş:** Among

**Silinmiş:** ,"

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** , 2002.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Mayhew, R., Edelmann, R.J.: 1989 "Self Esteem, Irrational Beliefs and Coping Strategies in Relation to Eating Problems in a Non-Clinical Population", **Personality and Individual Differences**, 10, 581-584.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk

**Silinmiş:** ,"

**Silinmiş:** Addictive

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** 1995,

Mitchell, J.E., Crow, S., Peterson, C.B., Wonderlich, S., Crosby, R.D.: 1998 "Feeding Laboratory Studies in Patients with Disorders: A Review", **International Journal of Eating Disorders**, 24, 115-124.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Silinmiş:** ¶

Mitchell, J.E., Mussell, M.P.: 1995 "Comorbidity and Binge Eating Disorder", **Addictive Behaviors**, 20: 6, 725-732.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, Asıl: 180 nk

Molinari, E., Ragazzoni, P.: 1997 "Psychopathology in Obese Subjects with and without Binge-eating Disorder and in the Bulimic Subjects", **Journal of the Royal Anthropological Institute**, 3/2, 1327-1340.

**Silinmiş:** "Psychopathology in Obese Subjects with and without

**Silinmiş:** ,"

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** Haziran 1997,

**Silinmiş:** (

**Silinmiş:** )

Moore, M.E., Stunkard, A.J.,  
Srole, L.: 1962

“Obesity, Social Class and Mental Illness”,  
**JAMA**, 181: 962-966.

- Silinmiş: m
- Silinmiş: ,”
- Silinmiş: JAMA,
- Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil
- Silinmiş: .
- Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın
- Silinmiş: ,
- Silinmiş: ¶
- Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın
- Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil
- Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın
- Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın

Mussell, M.P., Mitchell, J.E.,  
De Zwaan, M., Crosby, R.D.,  
Seim, H., Crow, S.J.: 1996

“Clinical Characteristics Associated with Binge  
Eating in Obese Females: A Descriptive Study”,  
**International Journal of Obesity**, 20:324-331.

Mussell, M.P., Mitchell, J.E.,  
Fena, C.J., Crosby, R.D.,  
Miller, J.P., Hoberman, H.M.:  
1997

“A Comparison of Onset of Binge Eating  
Versus Dieting in the Development of Bulimia  
Nervosa”, **International Journal of Eating  
Disorders**, 21: 353-360.

Nauta, H., Hospers, H.,  
Jansen, A., Kok, G.: 2000

“Cognitions in Obese Binge Eaters and Non-  
binge Eaters.” **Cognitive Therapy and  
Research**, 24, 521-531.

- Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın

Nielsen, S., Molbak, A.G.:  
1998

“Eating Disorder and Type 1 Diabetes:  
Overview and Summing-Up”, **European Eating  
Disorder Review**, 6: 4-26.

- Biçimlendirilmiş: Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk
- Silinmiş: ¶
- Silinmiş: ,”
- Silinmiş: ¶

Onat, A., Şurdum-Avcı, G.,  
Şenocak, M. Ve ark.:  
1995

“Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk  
Faktörleri Sıklığı Taraması”, **Türk Kardiyoloji  
Derneği Arşivi**, 1995, 19:78-185.

- Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil
- Silinmiş: ¶
- Silinmiş: Bozukluğu.”
- Biçimlendirilmiş: Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 35,4 nk

Özbey, N., Kazancıoğlu, R.,  
Sezgin, U., Özkan, S., Orhan Y.:  
1999

“Şişman Kadınlarda Tıkınırcasına Yeme  
Bozukluğu”, **İstanbul Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Mecmuası**, 62:1.

- Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil
- Silinmiş: İ
- Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın
- Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil
- Silinmiş:
- Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil
- Silinmiş: 1999,

Peterson, C.B., Mitchell, J.E.,  
Engbloom, S., Nugent, S.,  
Mussell, M.P., Miller, J.P.:  
1999

“Group Cognitive Behavioral Treatment of  
Binge Eating Disorder: A Comparison of  
Therapist-led versus Self- Help Formats”.

1998	<b>International Journal of Eating Disorders</b> , 24, 125-136.	<p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p>
Phelan, P.H.: 1987	“Cognitive Correlates of Bulimia: The Bulimic Thoughts Questionnaire”, <b>International Journal of Eating Disorders</b> , 6, 593-607.	<p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 177 nk</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 177 nk</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p>
Pinar, R.: 2002	“Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı ve Beden İmajı: Karşılaştırmalı bir Çalışma”, <b>C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi</b> , 6 (1).	<p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 177 nk</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 177 nk</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p>
Pike, K.M., Dohm, F.A., Striegel-Moore, R.: 2001	“A Comparison of Black and White Women with Binge Eating Disorder”, <b>American Journal of Psychiatry</b> , 158, 1455-1460.	<p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 177 nk</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p>
Polivy, J., Herman, C.P.: 1985	“Dieting and Bingeing: A Casual Analysis”, <b>American Psychologist</b> , 40, 193-201.	<p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Silinmiş:</b> Surgery: A</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Silinmiş:</b></p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Silinmiş:</b> 1999,</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk</p> <p><b>Silinmiş:</b> Bulimia,” ¶</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın</p> <p><b>Silinmiş:</b> 1987,</p> <p><b>Silinmiş:</b> ,”</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Silinmiş:</b> 2001,</p> <p><b>Silinmiş:</b> About</p>
Powers, P.S., Perez, A., Boyd, Felecia, Rosemurgy, A.: 1999	“Eating Pathology Before and After Bariatric Surgery: A Prospective Study”, <b>International Journal of Eating Disorders</b> , 25: 293-300.	<p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Silinmiş:</b></p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Silinmiş:</b> 1999,</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk</p> <p><b>Silinmiş:</b> Bulimia,” ¶</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın</p> <p><b>Silinmiş:</b> 1987,</p> <p><b>Silinmiş:</b> ,”</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Silinmiş:</b> 2001,</p> <p><b>Silinmiş:</b> About</p>
Powers, S., Schulman, R.G., Gleghorn, A.A., Prange, M.E.: 1987	“Perceptual and Cognitive Abnormalities in Bulimia”, <b>American Journal of Psychology</b> , 144:1456-1460.	<p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk</p> <p><b>Silinmiş:</b> Bulimia,” ¶</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın</p> <p><b>Silinmiş:</b> 1987,</p> <p><b>Silinmiş:</b> ,”</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Silinmiş:</b> 2001,</p> <p><b>Silinmiş:</b> About</p>
Puhl, R., Brownell, K.: 2001	“Bias, Discrimination and Obesity”, <b>Obesity Research</b> , 9: 788-805.	<p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk</p> <p><b>Silinmiş:</b> Bulimia,” ¶</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın</p> <p><b>Silinmiş:</b> 1987,</p> <p><b>Silinmiş:</b> ,”</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Silinmiş:</b> 2001,</p> <p><b>Silinmiş:</b> About</p>
Puhl, R., Schwartz, M.B.,	“Impact of Perceived Consensus on Stereotypes	<p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk</p> <p><b>Silinmiş:</b> Bulimia,” ¶</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın</p> <p><b>Silinmiş:</b> 1987,</p> <p><b>Silinmiş:</b> ,”</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Silinmiş:</b> 2001,</p> <p><b>Silinmiş:</b> About</p>

Brownell, K.D.: 2005

About Obese People: A New Approach for Reducing Bias”, **Health Psychology**, 24/ 5, 517-525.

- Silinmiş: ,”
- Silinmiş: 2005,
- Silinmiş:
- Silinmiş: (
- Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil
- Silinmiş: )
- Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil

Pull, C.B.: 2004

“Binge Eating Disorder”, Current Opinions in Psychiatry, 17/1, 43-48.

Ramacciotti, C.E., Coli, E.,

“Binge Eating Disorder: Prevalance and

Passaglia, C., Lacorte, M.,

Psychopathological Features in a Clinical

Pea, E., Dell’Osso, L.: 2000

Sample of Obese in Italy”, Psychiatric Research, 94: 131-138.

Raymond, N.C., Mussell, M.P.,

“An age-matched Comparison of Subjects with

Mitchell, J.E., de Zwaan,

Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa”.

M.: 1995

International Journal of Eating Disorders, 14, 1-16.

- Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın

Ricca, V., Mannucci, E.,

“Screening for Binge Eating Disorder in Obese

Moretti, S., Di Bernardo, M.,

Outpatients”, Complementary Psychiatry,

Zucchi, T., Cabras, P.L.,

41: 111-115.

Rotella, C.M.: 2000

- Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın

Rodin, J., : 1992

“Determinants of Body Fat and Its Implications for Health”. **Annals of Behavioral Medicine**, 14: 275-281.

- Silinmiş: ¶
- Silinmiş: ,”
- Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil
- Silinmiş: 1992,
- Silinmiş: ,”

Rodin, J., Schank, D.,

“Psychological Features of Obesity”. **Medical**

Striegel-Moore, R.: 1989

Clinics of North America, 73/1, 47-66.

- Silinmiş: Clinics of
- Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın
- Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın
- Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın Değil
- Silinmiş: 1989,
- Silinmiş: (
- Silinmiş: )
- Silinmiş: :

Romano, S.J., Quinn, L.: 1995 “Binge Eating Disorder: Description and proposed Treatment”, **European Eating Disorder Review**, 3, 67-79.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Rosenvinge, J.H., Borgen, J.S., Borresen, R.:1999 “The Prevalance and Psychological Correlates of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Binge Eating Among 15- year-old Students: A Controlled Epidemiological Study”, **European Eating Disorder Review**, 7: 382-391.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Rucker, C.E., Cash, T.F.:1992 “Body Images, Body Size Perception and Eating Behaviors Among African-American and White College Women”, **International Journal of Eating Disorders**, 12, 291-299.

**Silinmiş:** ,”

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** 1992,

Ruderman, A. J.: 1986 “Bulimia and Irrational Beliefs”, **Behavior Research and Therapy**, 24, 193-197.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Santonastaso, P., Ferrara, S., Favaro, A.: 1999 “Differences Between Binge Eating Disorder and Nonpurging Bulimia Nervosa”, **International Journal of Eating Disorders**, 25, 215-218.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Sanstone, R.A., Wiederman, M.W., Monteith, D.: 2001 “Obesity, Borderline Personality and Body Image Among Women in a Psychiatric Outpatient Setting,” **International Journal of Eating Disorders**, 29, 76-79.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

Sarwer, D.B., Wadden, T.A., “Assesment of body image dissatisfacion in

**Silinmiş:** obese

Foster, G.D.: <u>1998</u>	<u>obese women: Specificity, severity and clinical significance</u> ”, <u>Journal of Consulting and Clinical Psychology</u> , 66, 651-654.	<p><b>Silinmiş:</b> ,”</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Silinmiş:</b> 1998,</p>
<u>Sarwer, D.B., Thompson, J.K.: 2003</u>	<u>“Obezite ve Vücut Görüntüsü Bozukluğu”, <b>Obezite Tedavisi El Kitabı</b>, Cev.: Alpaslan Saçıkara, Ali Murat Yılmaz, Ed. Wadden, T.A., Stunkard, A.J., 447-464.</u>	<p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p>
<u>Savaşır, I., Erol, N.: 1989</u>	<u>“Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Belirtileri Endeksi”, <b>Psikoloji Dergisi</b>, 7(23), 19-25.</u>	
Savaşır, I., Yıldız, S.: <u>1996</u>	<u>“Depresyonun Bilişsel Davranışçı Tedavisi”, <b>Bilişsel Davranışçı Tedaviler</b>, Eds. Işık Savaşır, Gonca Boyacıoğlu, Elif Kabakçı, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 17-50.</u>	<p><b>Silinmiş:</b> ,”</p> <p><b>Silinmiş:</b> Bilişsel Davranışçı Terapi</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Silinmiş:</b> 1996, E</p>
<u>Savaşır, I., Şahin, N.H.:1997</u>	<u><b>Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler</b>, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.</u>	<p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın</p>
<u>Schlesier-Carter, B., Hamilton, S.A., O’Neil, P.M., Lydiard, R.B., Malcolm, R.: 1989</u>	<u>“Depression and Bulimia: The Link Between Depression and Bulimic Cognitions”, <b>Journal of Abnormal Psychology</b>, 98, 322-325.</u>	<p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p> <p><b>Silinmiş:</b> Living</p> <p><b>Silinmiş:</b> ,”</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p>
Schoeller, D.A.: <u>1988</u>	<u>“Measurement of Energy Expenditure in Free-Living Humans by Using Doubly Labeled Water”, <b>Journal of Nutrition</b>, 118:1278.</u>	<p><b>Silinmiş:</b> 1988,</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk</p> <p><b>Silinmiş:</b> ,”</p> <p><b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil</p>
Schwartz, M.B., Brownell, K.D.: <u>2004</u>	<u>“Obesity and body Image”, <b>Body Image</b>, 1/1, 43-56.</u>	<p><b>Silinmiş:</b> 2004, 1</p> <p><b>Silinmiş:</b> (</p> <p><b>Silinmiş:</b> )</p>

Shafraan, R., de Silva, P.: <u>2003</u>	“Cognitive-Behavioral Models”, <b>Handbook of Eating Disorders</b> , Eds. Janet Treasure, Ulrike Schmidt, Eric van Furth, 121-138.	<b>Silinmiş:</b> <b>Silinmiş:</b> 43-56. <b>Silinmiş:</b> ¶ <b>Silinmiş:</b> ,” <b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil <b>Silinmiş:</b> 2003, <b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil
<u>Shulman, R.G., Kinder, B.N., Powers, P.S.: 1986</u>	“The Development of a Scale to Measure Cognitive Distortions in Bulimia”, <b>Journal of Personal Assessment</b> , 50, 630-639.	<b>Silinmiş:</b> Standard <b>Silinmiş:</b> ve ark. <b>Silinmiş:</b> ,” <b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil <b>Silinmiş:</b> 1986, <b>Silinmiş:</b> ,”
Silverstein, B. Perdue, L., Peterson: <u>1986</u>	“The Role of Mass Media in Promoting a Thing <b>Standard</b> of Attractiveness for Women”, <b>Sex Roles</b> , 14:519.	<b>Silinmiş:</b> 1968, <b>Silinmiş:</b> ,”
Silverstone, J.T.: <u>1968</u>	“Psychosocial Aspects of Obesity”, <b>Proceedings of the Royal Society of Medicine</b> , 61: 371-375.	<b>Silinmiş:</b> 1968,
<u>Smith, D.E., Marcus, M.D., Kaye, W.: 1992</u>	“Cognitive Behavioral Treatment of Obese Binge Eaters”, <b>International Journal of Eating Disorder</b> , 12/3, 257-262.	<b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil <b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil <b>Silinmiş:</b> ,” <b>Silinmiş:</b> Journal <b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil <b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın <b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil <b>Silinmiş:</b> 1987, <b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın <b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın <b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil <b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 180 nk <b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın
Smoller, J.,W., Wadden, T.,A. Stunkard, A.J.: <u>1987</u>	“Dieting and Depression: A Critical Review”, <b>Journal of Psychosomatic Research</b> , 31: 429.	<b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil <b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil <b>Silinmiş:</b> 1987, <b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın <b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil <b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 180 nk <b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın
<u>Spitzer, R.L., Devlin, M., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R. Marcus M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J., Nonas, C.: 1992</u>	“Binge Eating Disorder: A Multisite Field Trial of the Diagnostic Criteria”, <b>International Journal of Eating Disorders</b> , 11, No. 3, 191-203.	<b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil <b>Silinmiş:</b> 1987, <b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın <b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil <b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 180 nk <b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın
<u>Spitzer, R.L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus,</u>	“Binge Eating Disorder: Its Further Validation in a Multisite Study”, <b>International Journal of</b>	<b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın Değil <b>Biçimlendirilmiş:</b> Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 180 nk <b>Biçimlendirilmiş:</b> Yazı tipi: Kalın



D., Stunkard, A., Devlin, M., **Eating Disorders**, 13/2, 137-153.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

Mitchell, J., Hasin, D., Horne,

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

R.L.: 1993

Spurrel, E.B., Wilfley, D.E., “Age of Onset for Binge Eating: Are There

Tanofsky, M.B., Brownell, Different Pathways to Binge Eating?”

K.D.: 1997

**International Journal of Eating Disorder**,  
21: 55-65.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 141,6 nk, İlk satır: 35,4 nk

Staffieri, J.R.:1967

“A Study of Social Stereotype of Body Image in  
Children”, **Journal of Personality and Social**  
**Psychology**, 7, 101-104.

**Silinmiş:** ¶

**Silinmiş:** ,”

**Silinmiş:** s

**Silinmiş:** 1967,

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Steiger, H., Fraenkel, L.,

“Relation of Body Image Distortion to Sex Role

Leichner, P.P.: 1989

Identifications, Irrational Cognitions and Body  
Weight in Eating Disordered Females”, **Journal**  
**of Clinical Psychology**, 45, 61-65.

Steiger, H., Goldstein, C.,

“Description of Eating Disordered, Psychiatric

Mongrain, M., Van der Feen,

and Normal Women Along Cognitive and

J.: 1990

Psychodynamic Dimensions”, **International**  
**Journal of Eating Disorders**, 9, 129-140.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Stein, F., Nyquist, L.: 2001

“Disturbance in the Self: A Source of Eating  
Disorders”, **Eating Disorders Review**, 12/1.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** ,”

**Silinmiş:** Journal of

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

Stewart, A.L., Brook, R.H.:

“Effects of Being Overweight”, **American**  
**Journal of Public Health**, 73: 171-178.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

Stice, E., Presnell, K.,

“Risk Factors for Binge Eating Onset in

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** 1983,

- Spangler, D.: 2002      Adolescent Girls: A Two-year Prospective Investigation”, **Health Psychology**, 2, 131-138.      **Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk  
**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil
- Striegel-Moore, R.H.: 1995      “Psychological Factors in the Etiology of Binge Eating”, **Addictive Behavior**, 20: 713-723.      **Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil
- Striegel-Moore, R.H., Dohm, F.A., Pike, K.M.: 2002      “Abuse, Bullying and Discrimination as Risk Factors for Binge Eating Disorder”, **American Journal of Psychiatry**, 159, 1902-1907.      **Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk  
**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil
- Striegel-Moore, R.H., Wilson, G.T., Wilfley, D.E., Elder, K.A., Brownell, K.D.: 1998      “Binge Eating in an Obese Community Sample”, **International Journal of Eating Disorders**, 23, 27-37.      **Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 35,4 nk  
**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın  
**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın
- Stunkard, A.J.: 1988      “Some Perspectives on Human Obesity: It’s Causes”, **Bulletin of New York Academy of Medicine**, 64: 902.      **Silinmiş:** ,”  
**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil  
**Silinmiş:** 1988,
- Stunkard, A.J.: 2003      “Tıkınırcasına Yeme Hastalığı ve Gece Yeme Sendromu”, **Obezite Tedavisi El Kitabı**, Çev.: Alpaslan Saçıkara, Ali Murat Yılmaz, Ed. Wadden, T.A., Stunkard, A.J., 107-121.      **Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil
- Stunkard, A.J., Berkowitz, R., Tanrikut, C., Reiss, E., Young, L.:1996      “D-fenfluramin Treatment of Binge Eating Disorder”, **American Journal of Psychiatry**, 153, 1455-1459.      **Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil
- Stunkard, A.J., Berkowitz, R., Wadden, T., Tanrikut, C.,      “Binge Eating Disorder and the Night Eating Syndrome”, **International Journal of Obesity**,

Reiss, E., Young, L.: 1996 20, 1-6.

Stunkard, A.J., Wadden, T.A.:  
1990 "Restrained Eating and Human Obesity"  
**Nutritional Review**, 48:78.

Stunkard, A.J., Wadden, T.A.:  
1992 "Psychological Aspects of Severe Obesity"  
**American Journal of Clinical  
Nutrition**, 55, 524-532.

Sullivan, P.F., Bulik, C.M.,  
Kendler, K.S.: 1998 "The Epidemiology of Binging and Vomiting"  
**British Journal of Psychiatry**, 173, 75-59.

Şahin, N.H., Durak, A.: 1994 "Kısa Semptom Envanteri: Türk Gençleri İçin  
Uyarlanması". **Türk Psikoloji Dergisi**, 9 (31),  
44-56.

Şahin, N.H., Şahin, N.: 1992 "Reliability and Validity of the Turkish Version  
of the Automatic Thoughts Questionnaire",  
**Journal of Clinical Psychology**, 48:334-340.

Telch, C.F., Agras, W.S.:1994 "Obesity, Binge Eating and Psychopathology:  
Are They Related?" **International Journal of  
Eating Disorder**, 5: 1, 53-62.

Telch, C.F., Agras, W.S.:1996 "Do Emotional States Influence Binge Eating in  
the Obese?" **International Journal of Eating  
Disorders**, 20/3, 271-279.

Telch, C.F., Agras, W.S., "Group Cognitive-Behavioral Treatment for the

**Silinmiş:** ,"

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol:  
0 nk, İlk satır: 0 nk

**Silinmiş:** Nutritional

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Silinmiş:** 1990,

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol:  
0 nk, Asılı: 35,4 nk

**Silinmiş:** ,"

**Silinmiş:** American

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol:  
3 nk, İlk satır: 0 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Silinmiş:** 1992,

**Silinmiş:** S

**Silinmiş:** S

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Silinmiş:** ¶

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Silinmiş:** 1994,

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Silinmiş:** 1

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol:  
0 nk, Asılı: 177 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın

- Rossiter, E.M., Wilfley, D., \_\_\_\_\_ “Nonpurging Bulimic: An Initial Evaluation”,  
 Kenardy, J.: 1990 Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 629-635.
- Telch, C.F., Stice, E.:1998 “Psychiatric Comorbidity in Women with Binge Eating Disorder: Prevalance Rates from a Non-treatment-seeking Sample”, Journal of Consulting Clinical Psychology, 66, 768-776.
- Thompson, J.K., Stice, E.: \_\_\_\_\_ “Thin-ideal Internalization: Mounting Evidence for a New Risk Factor for Body Image Disturbance and Eating Pathology”, Current Directions of Psychological Science, 10:181-183.
- Tobin, D.L., Griffing, A., \_\_\_\_\_ “An Examination of Subtype Criteria for Bulimia Nervosa”, International Journal of Eating Disorders, 22, 179-186.
- Tuschen-Caffier, B., \_\_\_\_\_ “Binge Eating Disorder: A New Eating Disorder or an Epiphenomenon of Obesity?”  
 Schlüssel, C.: 2005 Bibliography of Psychiatry, Basel, Karger, 171, 138-148.
- Vardar, E., Caliyurt, O., \_\_\_\_\_ “Sleep Quality and Psychopathologic Features in Obese Binge Eaters”, Stres and Health, 20, 35-41.
- Varnado, P.J., Williamson, \_\_\_\_\_ “Prevalance of Binge Eating Disorder In Obese Adults Seeking Weight Loss Treatment”,  
 D.A., Bentz, B.G., Ryan, D.H., \_\_\_\_\_  
 Rhodes, S.K., O’Neil, P.M., \_\_\_\_\_ Eating-Weight Disorders, 2: 117-124.  
 Sebastian,: 1997
- Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk  
**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın  
**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil
- Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil
- Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk  
**Silinmiş:** for a  
**Silinmiş:** ,”  
**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil  
**Silinmiş:** 2001,
- Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk
- Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 141,6 nk  
**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 3 nk, Asılı: 174 nk  
**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil
- Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın
- Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın  
**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın  
**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

Venes, A.M., Krupka, L.R.,  
Gerard, R.J.:1982

“Overweight/Obese Patients: An Overview”  
**Practitioner**, 226, 1102-1109.

**Silinmiş:** ,”

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Silinmiş:** 1982,

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol:  
0 nk, İlk satır: 0 nk

**Silinmiş:** Processing

**Silinmiş:**

**Silinmiş:** ,”

**Silinmiş:**

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Silinmiş:** 1990,

Vitousek, K.B., Hollon, S.D.:  
1990

“The Investigation of Schematic Content and  
**Processing** in Eating Disorders” **Cognitive**  
**Therapy and Research**, 14, 191-214.

Wadden, T.A., Foster, G.D.,  
Letizia, K.A.: 1992

“Response of Obese Binge Eaters to Treatment  
by Behavior Therapy Combined with Very Low  
Calorie Diet”, **Journal of Consulting Clinical**  
**Psychology**, 60, 808-811.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

Wadden, T.A., Foster, G.D.,  
Letizia, K.A., Wilk, J.E.: 1993

“Metabolic and Psychological Characteristics of  
Obese Binge Eaters”, **International Journal of**  
**Eating Disorders**, 14, 17-25.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

Wadden, T.A., Foster, G.D.,  
Stunkard, A.J., Linowitz, J.R.:  
1989

“Dissatisfaction with Weight and Figure in  
**Obese Girls:** Discontent but not Depression”  
**International Journal of Obesity**, 13: 889-897.

**Silinmiş:** Obese Girls:

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol:  
0 nk, İlk satır: 0 nk

**Silinmiş:** ,”

**Silinmiş:** International Journal  
of

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

**Silinmiş:** 1989,

**Silinmiş:** Diet,

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol:  
0 nk, İlk satır: 0 nk

**Silinmiş:** Combination: A Five

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol:  
0 nk, Asılı: 180 nk

Wadden, T.A., Stemberg, J.A.,  
Letizia, K.A., Stunkard, A.J.,  
Foster, G.D.:1991

“Treatment of Obesity by Very Low Calorie  
**Diet** Behaviour Therapy, and Their  
Combination: A Five Year  
Perspective”  
**Journal of Consulting and Clinical**  
**Psychology**, 66, 429-433.

Wadden, T.A., Stunkard, A.J.: “Social and Psychological Consequences of Obesity”, **Annals of Internal Medicine**, 103, 1062-1067.

Wadden, T.A., Stunkard, A.J. “Treatment of Obesity by Behavior Therapy and Brownell, K.D.: 1984 **Very Low Calorie Diet: A Pilot Investigation**”, **Journal of Consulting Clinical Psychology**, 52: 692.

Wadden, T.A., Womble, L.G., Stunkard, A.J., Anderson, D.A.: “Obezite ve Kilo Vermenin Psikososyal **Sonuçları**”, Çev.: Alpaslan Saçıkara, Ali Murat Yılmaz, **Obezite Tedavisi El Kitabı**, Ed. Thomas A. Wadden, Albert J. Stunkard, 144-169.

Wardle, J., Waller, J., Fox, E.: “Age of Onset and Body Image Dissatisfaction in Obesity”, **Addictive Behavior**, 27:561-573.

Weissman, A.N., Beck, A.T.: “Development and Validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A Preliminary Investigation”, **American Educational Research Association, Toronto, Kanada**.

Werrij, M.O.: 2005 “Weighty Thoughts: a Cognitive Approach to the Treatment of Obesity”, **Doktora Tezi**, Maastricht Üniversitesi, Hollanda.

Wilfley, D.E., Agras, W.S., “Group Cognitive-Behavioral Therapy and

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk

**Silinmiş:** Year ¶ Foster, G.D.: . Perspective,” **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 66, 429-433.¶

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Silinmiş:** ¶

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 35,4 nk

**Silinmiş:** fObesity,”

**Silinmiş:** 1985, 1

**Silinmiş:** Very

**Silinmiş:** , ve ark

**Silinmiş:** ,”

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** 1984,

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 70,8 nk

**Silinmiş:** Sonuçları,”¶

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:**

**Silinmiş:** Obezite

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** 2003,

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** Stunkard, 144-169.¶

**Silinmiş:** in

**Silinmiş:** ,”

**Silinmiş:** “

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** 2002,

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Silinmiş:** Group

Telch, C.F., Rossiter, E.M., \_\_\_\_\_ Group Interpersonal Psychotherapy for the  
Schneider, J.A., Cole, A.G., \_\_\_\_\_ Nonpurging Bulimic Individual: A Controlled  
Sifford, L., Raeburn, S.: 1993 \_\_\_\_\_ Comparison”, Journal of Consulting and  
Clinical Psychology, 61: 2, 296-305.

Silinmiş:

Silinmiş: Nonpurging

Silinmiş: ¶

Biçimlendirilmiş: Girinti: Sol:  
0 nk, İlk satır: 0 nk

Silinmiş: Comparison, ¶¶

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
Kalın Değil

Silinmiş: 1993,

Wilfley, D.E., Cohen, L.R.: 1997 \_\_\_\_\_ “Psychological Treatment of Bulimia Nervosa  
and \_\_\_\_\_ Binge Eating Disorder”  
\_\_\_\_\_ Psychopharmacology Bulletin, 33, 437-454.

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
Kalın Değil

Wilson, G.T.: 1993 \_\_\_\_\_ “Behavioral Treatment of Obesity: Thirty Years  
and Counting”, Advances in Behaviour  
Research and Therapy, 27, 417-439.

Silinmiş: ¶

Silinmiş: ,”

Silinmiş: 1993,

Wilson, G.T.: 1996 \_\_\_\_\_ “Acceptance and Change in the Treatment of  
Eating Disorders and Obesity”, Behaviour  
Therapy, 27, 417-439.

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
Kalın Değil

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
Kalın Değil

Wilson, G.T.: 1997 \_\_\_\_\_ “Cognitive Behavioral Treatment of Bulimia  
Nervosa”, The Clinical Psychologist, 50/2, 10-  
12.

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
Kalın Değil

Wilson, G.T.: 1999 \_\_\_\_\_ “Cognitive Behavior Therapy for Eating  
Disorder: Progress and Problems.”, Behavior  
Research and Therapy, 37, 79-95.

Biçimlendirilmiş: Girinti: Sol:  
0 nk, Asılı: 177 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
Kalın

Wilson, G.T., Fairburn, G.G.: \_\_\_\_\_ “Cognitive Treatments for Eating Disorders”  
1993 \_\_\_\_\_ Journal of Consulting and Clinical  
Psychology, 61/2, 261-269.

Biçimlendirilmiş: Girinti: Sol:  
0 nk, Asılı: 70,8 nk

Biçimlendirilmiş: Girinti: Sol:  
0 nk, Asılı: 177 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
Kalın

Wilson, G.T., Smith, D.: 1987 “Cognitive Behavioral Treatment of Bulimia Nervosa.” Annals of Behavioral Medicine, 9, 12-17.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Yanovski, J.A., McDuffie, Yanovski, S.Z., Eklin, L. Tanofsky, K. :2001 “Disordered Eating Behaviors and Cognitions in Children and Adolescents”, Çevrimici

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 70,8 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

Yanovski, S.Z., Nelson, J.E., Dubbert, B.K., Spitzer, R.L.: 1993 “Association of Binge Eating Disorder and Psychiatric Comorbidity in Obese Subjects”. American Journal of Psychiatry, 150, 1472-1479.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 70,8 nk

Yanovski, S., Leet, M., Yanovski, J.A., Flood, M., Gold, P.W., Kissileff, H.R., Walsh, B.T.: 1992 “Food Selection and Intake of Obese Women with Binge-eating Disorder”. American Journal of Clinical Nutrition, 56, 975-980.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk satır: 0 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

Yates, A.: 1989 “Current Perspectives on Eating Disorders: I. History, Psychological and Biological Aspects”. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28, 813-828.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 177 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın Değil

**Biçimlendirilmiş:** Gövde Metni, Sola, Girinti: İlk satır: 35,4 nk, Satır aralığı: tek



**EKLER**

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın

**EK 1**

**SOSYODEMOGRAFİK ANKET FORMU**

Biçimlendirilmiş: Ortadan

1. Adınız Soyadınız:

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
Kalın Değil

2. Yaşınız:

3. Eğitim Durumunuz:

1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite ve üstü

4. Mesleğiniz:

5. Çalışıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

6. Ekonomik Durumunuz:

1. Düşük 2. Orta 3. Yüksek

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
Kalın Değil

7. Medeni haliniz:

1. Evli 2. Bekâr 3. Boşanmış 4. Dul

8. Boyunuz:

9. Kilonuz:

10. Çocuğunuz var mı?

1. Evet 2. Hayır

11. Kaç tane?

1 2 3 4 5

12. Çocuklarınızın yaşları:

13. İlk doğumunuzu kaç yaşınızda yaptınız?

14. Kronik bir hastalığınız var mı? 1. Evet 2. Hayır

Varsa belirtiniz:

15. Psikiyatrik bir hastalığınız var mı? 1. Evet 2. Hayır

Varsa belirtiniz:

16. Herhangi bir tedavi görüyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
Kalın Değil

Görüyorsanız belirtiniz:

17. Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

Kullanıyorsanız belirtiniz:

18. Adet düzeniniz nasıl?

1. Düzenli 2. Düzensiz

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk  
satr: 0 nk

19. Hiç diyet yaptınız mı?

1. Evet 2. Hayır

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

20. Diyet yapmaya kaç yaşında başladınız?

21. Şu anda diyet yapıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: İlk  
satr: 0 nk

22. Şişman bir çocuk muydunuz?

1. Evet 2. Hayır

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

23. Ailenizde şişmanlık var mı?

1. Evet 2. Hayır

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

24. Zayıflamak için hangi yöntemleri kullanırsınız?

25. Düzenli olarak spor yapar mısınız?

1. Evet 2. Hayır

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

26. Sigara içiyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

27. Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

28. Sık kilo alıp verir misiniz?

1. Evet 2. Hayır

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

29. En sevdiğiniz yiyecekler nelerdir?

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

30. Şu anki kilonuzu nasıl buluyorsunuz?

1. Az 2. İdeal 3. Fazla 4. Çok fazla

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol:  
141,6 nk, İlk satr: 0 nk

**Biçimlendirilmiş:** Gövde  
Metni, Sola, Girinti: İlk satr:  
35,4 nk, Satır aralığı: tek

## EK 2

### YEME VE KİLO ÖZELLİKLERİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Adı, soyadı: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_  
Bu formu doldurduğunuz için teşekkür ederiz. Uygun yanıtları daire içine alın veya gerektiği yerde yazınız. Anlamadığınızda ya da yanıt vermek istemediğinizde soruları atlayabilirsiniz.

1. Yaş:.....yıl
2. Cinsiyet 1. Erkek 2. Kadın
3. Ekonomik durum
  1. Düşük
  2. Orta
  3. Yüksek
4. Eğitim
  1. İlk
  2. Orta
  3. Lise
  4. Yüksek okul
  5. Üniversite
5. Boy: .....cm
6. Kilo.....kg
7. Bugüne kadarki en yüksek kilonuz (hamilelik dönemi dışında).....kg
8. Hiç çocukluk döneminde normalden en az 5 kilo veya yetişkinlikte en az 7.5 kg fazla kilonuz oldu mu? (hamilelik dönemi dışında)
  1. Evet 2. Hayır veya emin değilim

Eğer EVET’se İlk fazla kilolu olduğunuzda kaç yaşındaydınız (çocukluk döneminde normalden en az 5 kilo veya yetişkinlikte en az 7.5 kg fazla). Eğer emin değilseniz tahmini olarak yazabilirsiniz. ....yaşında.

9. Yaklaşık kaç kez hasta olmadığımız halde 9-10 kilo verip sonra da aldınız?
  1. Hiç
  2. Bir yada iki kez
  3. Üç veya dört kez
  4. Beş veya üzeri

10. Geçen 6 ay, herhangi bir iki saatlik süre içerisinde, sık sık, birçok kişiye göre normalden çok fazla olarak değerlendirilebilecek ölçüde yemek yediğiniz oldu mu?
  1. Evet 2. Hayır

HAYIR’sa soru 15’geçiniz

11. Bu şekilde yediğiniz zamanlar içerisinde sık sık yemek yemeyi durduramayacağınızı, ne ya da ne kadar yediğinizi kontrol edemeyeceğinizi hissettiğiniz oldu mu?
  1. Evet 2. Hayır

HAYIR’sa soru 15’geçiniz

12. Son 6 ayda, olağandışı miktarlarda yemek yediğiniz ve yeme üzerindeki kontrolü kaybettiğinizi hissettiğiniz zamanların ortalama sıklığı nedir? (Bazı haftalar bu durumu hiç yaşamamış olabilirsiniz – ortalama olarak düşünün)

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 10 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 10 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 10 nk

Biçimlendirilmiş: Madde İşaretleri ve Numaralandırma

Biçimlendirilmiş: Madde İşaretleri ve Numaralandırma

Biçimlendirilmiş: Madde İşaretleri ve Numaralandırma

Biçimlendirilmiş: Madde İşaretleri ve Numaralandırma

Biçimlendirilmiş: Madde İşaretleri ve Numaralandırma

1. Haftada bir günden az
2. Haftada bir gün
3. Haftada iki veya üç gün
4. Haftada dört, beş gün
5. Hemen hemen her gün

← --- **Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralandırma

13. Bu dönemlerde aşağıdaki durumları genellikle yaşıyor musunuz?

- a. Normalden çok daha hızlı yeme  
Evet Hayır
- b. Rahatsız edici bir biçimde doyana kadar yeme  
Evet Hayır
- c. Fiziksel olarak açlık hissetmezken büyük miktarlarda yemek yeme  
Evet Hayır
- d. Ne kadar yediğiniz konusunda utanma nedeniyle yalnız başına yeme  
Evet Hayır
- e. Aşırı yeme sonrası kendinden nefret etme, kendini suçlu ya da depresif hissetme  
Evet Hayır

← --- **Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralandırma

14. Büyük miktarlarda yeme ile beraber yeme kontrolünün kalktığını hissettiğiniz tipik bir dönemi düşünün.

A Bu dönem günün hangi saatinde başladı?

1. Sabah (08:00-12:00)
2. Öğle (12:00-16:00)
3. Akşam üstü (16:00-19:00)
4. Akşam (19:00-22:00)
5. Gece (22:00 sonrası)

B Bu yeme dönemi, yemenin başladığı zamandan en az iki saat yemenin olmadığı döneme kadar yaklaşık ne kadar sürmüştü?

.....saat.....dak

C Bu dönemde yiyip, içmiş olabileceğiniz hepsinin listesini yapın. Eğer bu iki saatten daha uzun süre yemişseniz, başlıca iki saatlik dönemde yemiş ve içmiş olduklarınızı yazın. Marka isimlerini ve miktarları olabildiğince yazın.(Örn., 2 orta paket Ruffels patates çipsi, 1 adet çökonat, 2 çay kaşığı çilek reçeli, 2 su bardağı coca-cola, yarım ekmek arası peynir, domates ve sivri biberli sandviç).

D Bu dönem başladığında bir önceki yeme veya atıştırmanın üzerinden ne kadar zaman geçmişti?

.....saat.....dak

← --- **Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralandırma

15. Genel olarak, son 6 ay içerisinde fazla yemek yemeniz (sizin için en iyisi olduğunu düşündüğünüzden daha fazla yeme) sizi ne kadar üzdü?

1. Hiç
2. Hafif
3. Orta
4. Çok
5. Aşırı

← --- **Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralandırma

16. Genel olarak, son 6 ay içerisinde yemek yemeyi durduramadığımızı, ne ya da ne kadar yediğinizi kontrol edemediğinizi hissetmek sizi ne kadar üzdü?

1. Hiç
2. Hafif
3. Orta
4. Çok
5. Aşırı

← --- **Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralandırma

17. Son 6 ay içerisinde, birey olarak kendinizi hissetme ve değerlendirmede, iş yerinde, ebeveyn olarak veya diğer insanlarla ilişkileriniz gibi hayatınızın diğer alanlarıyla karşılaştırıldığında kilonuz ya da vücut şekliniz ne kadar önemli oldu? Biçimlendirilmiş: Madde İşaretleri ve Numaralandırma
1. Kilo ve şekil çok önemli değildi
  2. Kilo ve şekil kendimi değerlendirmede kısmen rol oynamıştı
  3. Kilo ve şekil kendini değerlendirmede başlıca önemli şeyler arasındaydı.
  4. Kilo ve şekil kendini değerlendirmede en önemli şeyler arasındaydı.
18. Son 3 ay içinde, tıknırcasına yeme sonrası kilo almaktan kaçınma için kendinizi kusturdunuz mu? Biçimlendirilmiş: Madde İşaretleri ve Numaralandırma
- 1 Evet 2 Hayır
- Eğer EVET'se Ortalama ne sıklıktaydı?
1. Haftada birden az
  2. Haftada bir
  3. Haftada iki veya üç
  4. Haftada dört veya beş kez
  5. Haftada beşten fazla
19. Son 3 ay içinde, tıknırcasına yeme sonrası kilo almaktan kaçınma için müşil ve benzeri ilaçları önerilen dozdan iki kat fazla kullandınız mı? Biçimlendirilmiş: Madde İşaretleri ve Numaralandırma
- 1 Evet 2 Hayır
- Eğer EVET'se Ortalama ne sıklıktaydı?
1. Haftada birden az
  2. Haftada bir
  3. Haftada iki veya üç
  4. Haftada dört veya beş kez
  5. Haftada beşten fazla
20. Son 3 ay içinde, tıknırcasına yeme sonrası kilo almaktan kaçınma için idrar söktürücü ve benzeri ilaçları önerilen dozdan iki kat fazla kullandınız mı? Biçimlendirilmiş: Madde İşaretleri ve Numaralandırma
- 1 Evet 2 Hayır
- Eğer EVET'se Ortalama ne sıklıktaydı?
1. Haftada birden az
  2. Haftada bir
  3. Haftada iki veya üç
  4. Haftada dört veya beş kez
  5. Haftada beşten fazla
21. Son 3 ay içinde, tıknırcasına yeme sonrası kilo almaktan kaçınma için 24 saat süresince hiçbir şey yememe şeklinde rejim yaptınız mı? Biçimlendirilmiş: Madde İşaretleri ve Numaralandırma
- 1 Evet 2 Hayır
- Eğer EVET'se Ortalama ne sıklıktaydı?
1. Haftada birden az
  2. Haftada bir
  3. Haftada iki veya üç
  4. Haftada dört veya beş kez
  5. Hemen hemen her gün
22. Son 3 ay içinde, tıknırcasına yeme sonrası kilo almaktan kaçınmak için bir saatten uzun süre egzersiz yaptığınız oldu mu? Biçimlendirilmiş: Madde İşaretleri ve Numaralandırma
- 1 Evet 2 Hayır
- Eğer EVET'se Ortalama ne sıklıktaydı?

1. Haftada birden az
2. Haftada bir
3. Haftada iki veya üç
4. Haftada dört veya beş kez
5. Haftada beşten fazla

← --- **Biçimlendirilmiş:** Madde  
İşaretleri ve Numaralandırma

23. Son 3 ay içinde, tıknırcasına yeme sonrası kilo almaktan kaçınmak için hiç önerilen dozun iki katı zayıflama ilacı kullandınız mı?
- 1 Evet 2 Hayır

← --- **Biçimlendirilmiş:** Madde  
İşaretleri ve Numaralandırma

Eğer EVET'se Ortalama ne sıklıktaydı?

1. Haftada birden az
2. Haftada bir
3. Haftada iki veya üç
4. Haftada dört veya beş kez
5. Haftada beşten fazla

← --- **Biçimlendirilmiş:** Madde  
İşaretleri ve Numaralandırma

24. Son 6 ay içerisinde kilo kontrolü ile ilgili bir toplantı ya da organizasyona katıldınız mı?
- 1 Evet 2 Hayır

← --- **Biçimlendirilmiş:** Madde  
İşaretleri ve Numaralandırma

EVET'se programın adı .....

25. Yetişkinlikten (18 yaşından) bu yana, ne kadar süre ile rejim yapıyor, bir diyeti takip ediyor ya da kilo verme veya verdiğiniz kiloyu geri almama için ne kadar yediğinizi kontrol ediyorsunuz?
- Söyleyebilir misiniz?

← --- **Biçimlendirilmiş:** Madde  
İşaretleri ve Numaralandırma

1. Hiç
2. Bu sürenin ¼'ü
3. Bu sürenin yarısı
4. Bu sürenin 3/4'ü
5. Hemen hemen sürenin tamamı

26. DİYET YAPARAK 5 KG'DAN FAZLA KİLO VERMEMİŞSENİZ BU SORUYU ATLAYIN
- İlk kez diyet yaparak veya yemenizi kontrol ederek en az 5 kg verdiğinizde kaç yaşındaydınız?
- Emin değilseniz tahmini olarak yazabilirsiniz.
- .....yaşında

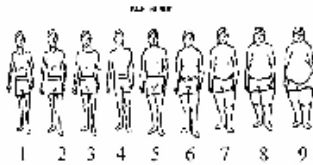
← --- **Biçimlendirilmiş:** Madde  
İşaretleri ve Numaralandırma

27. KONTROL DUYGUSUNUN KALKMASI İLE BERABER NORMALDEN FAZLA MİKTARDA YEME DÖNEMLERİNİZ YOKSA BU SORUYU ATLAYIN
- İlk kez kontrol duygusunun olmadığını hissettiren aşırı miktarda yeme olduğunda kaç yaşındaydınız? Emin değilseniz tahmini olarak yazabilirsiniz.
- .....yaşında

← --- **Biçimlendirilmiş:** Madde  
İşaretleri ve Numaralandırma

28. Aşağıdaki silüetlere bakınız. En kilolu dönemlerindeki biyolojik anne ve babanızı temsil eden silüetleri daire içine alın. Eğer biyolojik anne ve/veya babanız hakkında bilginiz yoksa işaretlemeyin.

← --- **Biçimlendirilmiş:** Madde  
İşaretleri ve Numaralandırma



### EK 3

#### YEME TUTUMU TESTİ

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın

Bu anket sizin yeme tutumlarınızla ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve size en uygun gelen şıkkı işaretleyiniz.

a. Daima b. Çok sık c. Sık sık d. Bazene, Nadiren e. Hiçbir zaman

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
10 nk

a b c d e f

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 1. Başkalarıyla birlikte yemek yemekten hoşlanırım.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 2. Başkaları için yemek pişiririm, ama pişirdiğim yemeği yemem.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol:  
0 nk, Aslı: 106,2 nk

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 6. Aklım fikrim yemektir.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 8. Yiyeceğimi küçük parçalara bölerim.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol:  
0 nk, Aslı: 106,2 nk

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 12. Ailem fazla yememi bekler.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 13. Yemek yedikten sonra kusarım.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 14. Yemek yedikten sonra aşını suçluluk duyarım.



( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol:  
0 nk, Asılı: 106,2 nk

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 17. Günde birkaç kez tartılırım.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 19. Et yemekten hoşlanırım.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 20. Sabahları erken uyanırım.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 21. Günlerce aynı yemeği yerim.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 23. Adetlerim düzenlidir.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden uzun sürer.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 27. Lokantada yemek yemeyi severim.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 28. Müshil kullanırım.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 33. Yemek yeme konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol:  
0 nk, Asılı: 106,2 nk

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 35. Kabızlıktan yakınırım.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 37. Perhiz yaparım.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.

## EK 4

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın

## BİLİSEL CARİTMALAR ÖLÇEĞİ (BCÖ)

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın

Bu anket sizin kiloya ilişkin düşüncelerinizle ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyun ve size uygun gelen seçeneği işaretleyin. Örneğin, “Zayıf olmak zorundayım.” maddesini okuyun. Zayıf olmanız gerektiği düşüncesi her zaman aklınızdan geçiyorsa “Her zaman” yazılı seçeneği, hiç aklınızdan geçmiyorsa “Hiçbir zaman” seçeneğini işaretleyin.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
10 nk

1. Hiç aklımdan geçmez.
2. Ender olarak aklımdan geçer.
3. Ara sıra aklımdan geçer.
4. Sık sık aklımdan geçer.
5. Her zaman aklımdan geçer.

**Biçimlendirilmiş:** Madde  
İşaretleri ve Numaralandırma

Ne sıklıkta aklınızdan geçer?

<u>1. Zayıf olmak zorundayım.</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>2. Yemek yemek hayatın keyfidir.</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>3. Benim kaderim şişmanlık.</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>4. Kilo alırsam bunu herkes fark eder.</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>5. Ben zayıflamayı beceremem.</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>6. Başarılı olmak için zayıf olmak gerekir.</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>7. Bir parça pasta yesem anında yağa dönüşür.</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>8. Zayıf olmak sevilen bir insan olmak demektir.</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>9. İnsanların beni sevmesi için zayıf olmalıyım.</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>10. Eğer bir kilo alırsam kilo almaya devam eder ve onlarca kilo alırım.</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>11. Şişmanlar çirkindir.</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>12. Başkaları kilo aldığını söylerse bu korkunç bir şey olur.</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>13. Şişmansam değersiz bir insanım demektir.</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>14. Yemek yersem üzüntülerim azalır.</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>15. Zayıf olursam değerli olurum.</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>16. Şekerli yiyecekler yersem şişmanlarım demek ki hiç şeker yememeliyim.</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>17. Diyetimi bir kere bozduysam devam etmesem de olur.</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>

18. Hiçbir zayıflama rejimini sonuna kadar

uygulayamam. 1 2 3 4 5

19. Keşke zayıf biri olsaydım. 1 2 3 4 5

20. Herkes vücuduma hayran olmalı,

yoksa bu korkunç bir şey olur. 1 2 3 4 5

21. Yemek yemek can sıkıntımı giderir. 1 2 3 4 5

22. Hiçbir zaman zayıflayamayacağım. 1 2 3 4 5

23. Benim iradem zayıf. 1 2 3 4 5

24. Yalnız kalınca mutlaka bir şeyler yemem gerekir. 1 2 3 4 5

25. Diyet yapıyorsam diyetime sadık kalmalıyım. 1 2 3 4 5

26. Canım istediği zaman mutlaka bir şeyler yemeliyim. 1 2 3 4 5

27. Sinirliysen yemek yemeliyim. 1 2 3 4 5

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## EK 6

### VÜCUT ALGISİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorularda bir vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı en iyi anlatan ifadenin altına X işareti koyunuz. Herhangi bir vücut özelliğinizi genel olarak beğenip beğenmediğinize göre duygularınızı değerlendiriniz.

Cok Oldukça Kararsızım Pek Hiç  
beğeniyorum beğeniyorum beğenmiyorum beğenmiyorum

1. Saçlarım .....
2. Yüzümün rengi .....
3. İştahım .....
4. Ellerim .....
5. Vücudumdaki  
kıl dağılımı .....
6. Burnum .....
7. Fiziksel  
Görünümüm .....
8. İdrar-dışkı  
Düzenim .....
9. Kas kuvvetim .....
10. Belim .....
11. Enerji düzeyim .....
12. Sırtım .....
13. Kulaklarım .....
14. Başım .....
15. Çenem .....
16. Vücut yapım .....
17. Profilim .....
18. Boyum .....
19. Duyularımın  
keşkinliği .....
20. Ağrıya  
dayanıklılığım .....

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
12 nk

**Biçimlendirilmiş:** Ortadan

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
12 nk, Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
12 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
12 nk, Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Ortadan

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
12 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 9  
nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 9  
nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 9  
nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 9  
nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 9  
nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 9  
nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 9  
nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 9  
nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 9  
nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 9  
nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 9  
nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 9  
nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 9  
nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 9  
nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 9  
nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 9  
nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 9  
nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 9  
nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 9  
nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 9  
nk

21. Omuzlarımın genişliği	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 9 nk
22. Kollarım	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 9 nk
23. Göğüslerim	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 9 nk
24. Gözlerimin şekli	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 9 nk
25. Sindirim Sistemim	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 9 nk
26. Kalçalarım	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 9 nk
27. Hastalığa direncim	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 9 nk
28. Bacaklarım	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 9 nk
29. Dişlerimin şekli	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 9 nk
30. Cinsel gücüm	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 9 nk
31. Ayaklarım	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 9 nk
32. Uyku düzenim	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 9 nk
33. Sesim	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 9 nk
34. Sağlığım	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 9 nk
35. Cinsel faaliyetlerim	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 9 nk
36. Dizlerim	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 9 nk
37. Vücudumun duruş şekli	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 9 nk
38. Yüzümün şekli	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 9 nk
39. Kilom	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 9 nk
40. Cinsel organlarım	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 9 nk

## EK 7

### Edinburgh Bulimiya Araştırma Testi (BITE)

1. Günlük düzenli bir yemek programınız var mı? EVET HAYIR
2. İstedığınız zaman yemek yemeyi durdurabilir misiniz? EVET HAYIR
3. Yemeğin sonunda tabağınızda yiyecek bırakabilir misiniz? EVET HAYIR
4. Açlık dereceniz yeme miktarınızı belirler mi? EVET HAYIR
5. Yeme alışkanlıklarınızı normal buluyor musunuz? EVET HAYIR
6. Katı bir diyet uygular mısınız? EVET HAYIR
7. Diyet bir kez bozulunca yılmılık hisseder misiniz? EVET HAYIR
8. Diyette olmasanız bile yemeklerin kalorisini düşünüyor musunuz?  
EVET HAYIR
9. Yeme biçiminiz yaşamınızı ciddi bir şekilde etkiliyor mu? EVET HAYIR
10. Yemek yemek yaşamınıza hakim midir? EVET HAYIR
11. Rahatsız olana kadar yemek yer misiniz? EVET HAYIR
12. Hep yemek düşündüğünüz zamanlar olur mu? EVET HAYIR
13. Başkalarının önünde daha mı dikkatli yersiniz? EVET HAYIR
14. Sürekli yemek için kuvvetli bir dürtü hisseder misiniz? EVET HAYIR
15. Kaygılı olduğunuz anlarda aşırı yemek istediğiniz olur mu?  
EVET HAYIR
16. Şişmanlamak sizi dehşete düşürüyor mu? EVET HAYIR
17. Çok fazla miktarda yemeyi hızlı bir şekilde yediğiniz olur mu?  
EVET HAYIR
18. Yemek alışkanlığınız sizi utandırıyor mu? EVET HAYIR
19. Yediğiniz miktarı kontrol edemediğiniz hissine kapılıyor musunuz?  
EVET HAYIR
20. Rahatlamak için yemek yer misiniz? EVET HAYIR
21. Yemek miktarınız hakkında yalan söyler misiniz? EVET HAYIR
22. Çok fazla miktarda yemek yeme atağınız oluyor mu? EVET HAYIR
23. Eğer oluyorsa sizde psikolojik rahatsızlık yaratıyor mu? EVET HAYIR
24. Aşırı yeme atakları yalnızken mi görülüyor? EVET HAYIR
25. Fazla yeme atağı sırasında aşırı miktarda gıda alıyor musunuz?  
EVET HAYIR
26. Aşırı yemek yediğiniz zaman kendinizi suçlu hissediyor musunuz?  
EVET HAYIR
27. Hiç gizli yemek yediğiniz olur mu? EVET HAYIR

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk, Kalın

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk

**Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralandırma

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 247,8 nk, İlk satır: 35,4 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk

**Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralandırma

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 247,8 nk, İlk satır: 35,4 nk

**Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralandırma

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 247,8 nk, İlk satır: 35,4 nk

**Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralandırma

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 247,8 nk, İlk satır: 35,4 nk

**Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralandırma

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 247,8 nk, İlk satır: 35,4 nk

**Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralandırma

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 247,8 nk, İlk satır: 35,4 nk

**Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralandırma

28. Kendinizi aşırı bir yemek yiyici olarak kabul ediyor musunuz?

EVET HAYIR

29. Ağırlığınızda haftada 2.5 kg'dan fazla değişiklik oluyor mu?

EVET HAYIR

30. Hiç bütün gün aç kaldınız mı?

EVET HAYIR

31. Evet ise bu ne sıklıkta oluyor?

Gün aşırı, 5 Haftada 2-3 gün, 4 Haftada 1 gün, 3 Bazen, 2

Bir defa, 1

32. Zayıflamaya yardımcı olarak aşağıdakilerden hangisini kullanırsınız?

	Asla	Bazen	1/7	2-3/7	Her gün	2-3 gün	5 gün
İLAC	0	2	3	4	5	6	7
DIÜRETİK	0	2	3	4	5	6	7
LAKSATİF	0	2	3	4	5	6	7
KUSMA	0	2	3	4	5	6	7

33. Aşırı yeme atakları oluyorsa sıklığı nasıldır?

SEYREK, 1 AYDA 1, 2 HAFTADA 1, 3 HAFTADA 2-3 KEZ, 4

HER GÜN 5, GÜNDE 2-3 KEZ, 6

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 247,8 nk, İlk satır: 35,4 nk

**Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralandırma

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 247,8 nk, İlk satır: 35,4 nk

**Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralandırma

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk

**Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralandırma

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 10 nk

**Biçimlendirilmiş** ... [80]

**Biçimlendirilmiş** ... [81]

**Biçimlendirilmiş** ... [82]

**Biçimlendirilmiş** ... [83]

**Biçimlendirilmiş** ... [84]

**Biçimlendirilmiş** ... [85]

**Biçimlendirilmiş** ... [86]

**Biçimlendirilmiş:** Madde İşaretleri ve Numaralar ... [87]

**Biçimlendirilmiş** ... [88]

**Biçimlendirilmiş** ... [89]



## EK 8

### OTOMATİK DÜŞÜNCELER ÖLÇEĞİ (ODÖ)

Aşağıda, kişilerin zaman zaman aklına gelen bazı düşünceler sıralanmıştır. Lütfen her birini okuyarak, bu düşüncelerin SON BİR HAFTA içinde aklınızdan ne sıklıkla geçtiğini işaretleyiniz. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun sayıyı aşağıdaki şıkları dikkate alarak işaretleyiniz.

1. Hiç aklımdan geçmedi
2. Ender olarak aklımdan geçti
3. Arada sırada aklımdan geçti
4. Sık sık aklımdan geçti
5. Hep aklımdan geçti

	Ne kadar aklınızdan geçti				
	Hiç				Her zaman
1. Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor.	1	2	3	4	5
2. Hiçbir işe yaramıyorum.	1	2	3	4	5
3. Neden hiç başarılı olamıyorum.	1	2	3	4	5
4. Beni hiç kimse anlamıyor.	1	2	3	4	5
5. Başkalarını düş kırıklığına uğrattığım oldu.	1	2	3	4	5
6. Devam edebileceğimi sanmıyorum.	1	2	3	4	5
7. Keşke daha iyi bir insan olsaydım.	1	2	3	4	5
8. Öyle güçsüzüm ki...	1	2	3	4	5
9. Hayatım istediğim gibi gitmiyor.	1	2	3	4	5
10. Kendimi düş kırıklığına uğrattım.	1	2	3	4	5
11. Artık hiçbir şeyin tadı kalmadı.	1	2	3	4	5
12. Artık dayanamayacağım.	1	2	3	4	5
13. Bir türlü harekete geçemiyorum.	1	2	3	4	5
14. Neyim var benim?	1	2	3	4	5
15. Keşke başka bir yerde olsaydım.	1	2	3	4	5
16. Hiçbir şeyin iki ucunu bir araya getiremiyorum.	1	2	3	4	5
17. Kendimden nefret ediyorum.	1	2	3	4	5
18. Değersiz bir insanım.	1	2	3	4	5
19. Keşke birden yok olabilseydim.	1	2	3	4	5
20. Ne zorum var benim?	1	2	3	4	5
21. Hayatta hep kaybetmeye mahkumum.	1	2	3	4	5
22. Hayatım karmakarışık.	1	2	3	4	5
23. Başarısızım.	1	2	3	4	5
24. Hiçbir zaman başaramayacağım.	1	2	3	4	5
25. Kendimi çok çaresiz hissediyorum.	1	2	3	4	5
26. Bir şeylerin değişmesi gerek.	1	2	3	4	5
27. Bende mutlaka bir bozukluk olmalı.	1	2	3	4	5
28. Geleceğim kasvetli.	1	2	3	4	5
29. Hiçbir şey için uğraşmaya değmez.	1	2	3	4	5
30. Hiçbir şeyi bitiremiyorum.	1	2	3	4	5

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
11 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
11 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
11 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
11 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
11 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
11 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
11 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi:  
11 nk

## EK 9

### KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE)

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAR OLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:  
Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0. Hiç yok  
1. Biraz var  
2. Orta derecede var  
3. Epey var  
4. Çok fazla var.

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

Hiç Çok fazla

	0	1	2	3	4
1. İcinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2. Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5. Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar.	0	1	2	3	4
8. Meydanlı (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
10. İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11. İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
16. Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17. Hüzünlü, kederli hissetmek	0	1	2	3	4
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak.	0	1	2	3	4
19. Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4
20. Kolayca incinebilmek, kırılmak	0	1	2	3	4
21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görmek	0	1	2	3	4

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: Kalın

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk, Kalın

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk

Biçimlendirilmiş: Satır aralığı: tek

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi rengi: Otomatik

Biçimlendirilmiş: Satır aralığı: tek

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi rengi: Otomatik

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk

Biçimlendirilmiş: Girinti: Sol: 212,4 nk, İlk satır: 35,4 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk

Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk

23. Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
25. Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27. Karar vermede güçlük	0	1	2	3	4
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
29. Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30. Sıcak soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32. Kafanızın "bomboş" kalması	0	1	2	3	4
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği hissi	0	1	2	3	4
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	0	1	2	3	4
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41. Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42. Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45. Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46. Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50. Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları	0	1	2	3	4
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52. Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

## EK 10

### BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE) (1978 formu)

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler seçilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her madde de o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dâhil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (x) işareti koyunuz.

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.  
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.  
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum  
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a) Gelecekte umutsuz değilim.  
(b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.  
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
(d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum.  
(b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.  
(c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığım olduğunu görüyorum.  
(d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (a) Her şeyden eskisi gibi zevk alabiliyorum.  
(b) Her şeyden eskisi gibi zevk alamıyorum.  
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.  
(d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.  
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.  
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.  
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.  
(b) Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum.  
(c) Cezalandırılmayı bekliyorum.  
(d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. (a) Kendimden hoşnudum.  
(b) Kendimden pek hoşnut değilim.  
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.  
(d) Kendimden nefret ediyorum.
8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.  
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.  
(c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.  
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.  
(c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.

- (d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10. (a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.  
(b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.  
(c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.  
(d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
11. (a) Her zamankinden daha sinirli değilim.  
(b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.  
(c) Çoğu zaman sinirliyim.  
(d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.  
(b) Eskisine göre diğer insanlarla daha az ilgiliyim.  
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.  
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.  
(b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.  
(c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.  
(d) Artık hiç karar vermiyorum.
14. (a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.  
(b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyor ve üzülüyorum.  
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.  
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (a) Eskisi kadar çalışabiliyorum.  
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.  
(c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.  
(d) Hiç iş yapmıyorum.
16. (a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.  
(b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.  
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.  
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.  
(b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.  
(c) Şu sıralarda nerdeyse her şey beni yoruyor.  
(d) Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum.
18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.  
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.  
(c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.  
(d) Artık hiç iştahım yok.
19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.  
(b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.  
(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.  
(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.  
Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet ( ) Hayır ( )
20. (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.  
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.

(c)Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılar beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.

(d)Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiç bir şey düşünemiyorum.

21.(a)Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken hiçbir şey yok.

(b)Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.

(c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.

(d)Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

← --- **Biçimlendirilmiş: Sola**

## EK 11

### FONKSİYONEL OLMAYAN TUTUMLAR ÖLÇEĞİ (FOTÖ)

Bu ölçek insanların zaman zaman savunduğu ya da inandığı tutumların bir listesini içermektedir. Lütfen HER CÜMLEYİ ayrı ayrı dikkatle okuyup, bunlara ne kadar katıldığınızı belirleyin.

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

Her tutuma ilişkin kendi katılma derecenizi, yandaki cevap bölümündeki sayılardan birinin üzerine (X) işareti koyarak belirleyiniz. Her tutum için sadece BİR işaret koyamaya özen gösterin. İnsanların hepsinin kendine özgü düşünceleri olduğundan, burada doğru veya yanlış diye bir yanıt söz konusu değildir.

**Biçimlendirilmiş:** Satır aralığı: tek

Lütfen seçimlerinizin SİZİN GENEL OLARAK nasıl düşündüğünüzü yansıtmaya özen gösteriniz.

- |                              |                            |
|------------------------------|----------------------------|
| 1. Hiç katılmıyorum.         | 5. Oldukça katılıyorum.    |
| 2. Çok az katılıyorum.       | 6. Genellikle katılıyorum. |
| 3. Ender olarak katılıyorum. | 7. Tümüyle katılıyorum.    |
| 4. Biraz katılıyorum.        |                            |

	Ne kadar katılıyorsunuz?						
	Hiç						Tümüyle
1. Bir insanın mutlu olabilmesi için mutlaka ya çok güzel (yakışıklı), ya çok zengin, ya çok zeki ya da çok yaratıcı olması gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
2. Mutlu olabilmem için başkalarının benim hakkımdaki duygu ve düşüncelerinden çok benim kendimle ilgili duygu ve düşüncelerim önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7
3. İnsanların bana değer vermesi için hiç hata yapmamam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
4. İnsanların bana saygı göstermeleri için her zaman başarılı olmam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
5. Risk almak hiçbir zaman doğru bir şey değildir, çünkü kaybetmek bir felaket olabilir.	1	2	3	4	5	6	7
6. İnsanın herhangi bir alanda özel bir yeteneği olmasa da başkalarının saygısını kazanması mümkündür.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mutlu olabilmem için tanıdığım insanların çoğunun hayranlığımı kazanmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
8. Bir başka kişiden yardım istemek aslında zayıflık işaretidir.	1	2	3	4	5	6	7
9. Bir insan olarak yeterli olmam için, başkaları kadar başarılı olmam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
10. İnsan bir işi iyi yapamıyorsa hiç yapmasın daha iyi.	1	2	3	4	5	6	7
11. Bir insan olarak başarılı sayılabilmem için yaptığım işlerde başarılı olmam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol: 212,4 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

12.Hatalarımdan da bir şeyler öğrenebildiğim sürece, hata yapmamda bir sakınca yoktur.	1	2	3	4	5	6	7	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk
13.Beni seven birinin benimle aynı fikirde olması gerekir.	1	2	3	4	5	6	7	
14.Bir işte tümüyle başarısız olmak ile yarı yarıya başarısız olmak arasında pek fark yoktur.	1	2	3	4	5	6	7	
15.İnsanların bana verdiği önemi yitirmemem için kendimi açmamalıyım.	1	2	3	4	5	6	7	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk
16.Sevdiğim insan beni sevmediği sürece bir hiç sayılırım.	1	2	3	4	5	6	7	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk
17.Sonucu başarısızlık da olsa insan yaptığı işten zevk alabilir.	1	2	3	4	5	6	7	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk
18.İnsanın başarılı olacağına ilişkin biraz olsun inancı yoksa,herhangi bir işe girişmemelidir.	1	2	3	4	5	6	7	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk
19.Başkalarının benim hakkımdaki düşünceleri bir insan olarak değerimi büyük ölçüde belirler.	1	2	3	4	5	6	7	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk
20.İkinci sınıf bir insan durumuna düşmemem için kendime koyduğum standartların en yüksek olması gerekir.	1	2	3	4	5	6	7	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk
21.En azından bir yönümle başarılı değilsem, değerli bir insan sayılmam.	1	2	3	4	5	6	7	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk
22.İnsanın değerli biri sayılması için iyi fikirleri olması gerekir.	1	2	3	4	5	6	7	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk
23.Bir hata yaptığım zaman bundan rahatsızlık duymam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk
24.Benim için önemli olan başkalarının benim hakkımdaki düşüncelerinden çok, benim kendimle ilgili düşüncelerimdir.	1	2	3	4	5	6	7	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk
25.İhtiyacı olan herkese yardım etmediğim takdirde iyi bir insan sayılmam.	1	2	3	4	5	6	7	
26.Yenilmiş, kaybetmiş duruma düşmemek için soru sormamalıyım.	1	2	3	4	5	6	7	
27.İnsanın kendisi için önemli olan kişiler tarafından onaylanmaması çok kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7	
28.İnsanın mutlu olabilmesi için dayanabileceği, güvenebileceği başka insanların olması gerekir.	1	2	3	4	5	6	7	
29.Önemli amaçlarıma ulaşabilmem için kendimi çok fazla zorlamam gerekmez.	1	2	3	4	5	6	7	
30.İnsan biri tarafından azarlanırsa da buna üzülmemesi gerekir.	1	2	3	4	5	6	7	
31.Bana zarar verebileceklerini düşündüğümden diğer insanlara güvenmem.	1	2	3	4	5	6	7	
32.Diğer insanlar tarafından sevilmedikçe mutlu olamazsın.	1	2	3	4	5	6	7	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk
33.İnsanın, başkalarını mutlu etmek için kendi ihtiyaçlarından vazgeçmesi gerekiyorsa, bunu yapması gerekir.	1	2	3	4	5	6	7	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk
34.Mutluluğum kendimden çok diğer insanlara bağlıdır.	1	2	3	4	5	6	7	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk
35.Mutlu olmam için diğer insanların beni ve	1	2	3	4	5	6	7	Biçimlendirilmiş: Yazı tipi: 11 nk



yaptıklarımı onaylaması gerekmez.

36. İnsan, sorunlarından uzak durabildiği sürece sorunlar da ortadan kalkar. 1 2 3 4 5 6 7

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

37. Hayatın güzelliklerinin çoğundan (zenginlik, güzellik, başarı...) nasibimi almasam da mutlu olabilirim. 1 2 3 4 5 6 7

38. Başka insanların benim hakkımda ne düşündükleri benim için önemlidir. 1 2 3 4 5 6 7

39. Başkalarından ayrı olmak eninde sonunda mutsuzluğa yol açar. 1 2 3 4 5 6 7

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

40. Bir başka insan tarafından sevilmesem de mutlu olabilirim. 1 2 3 4 5 6 7

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: 11 nk

**Biçimlendirilmiş:** Gövde Metni, Sola, Girinti: İlk satır: 35,4 nk, Satır aralığı: tek

**Silinmiş:** Aslında bizim bu çalışmamızın yaklaşık on yıllık bir geçmişi var. Araştırmamıza 1997 yılında başladığımızda yurt dışında tıknırcasına yeme bozukluğuyla ilgili henüz bu kadar çok araştırma yoktu. Tıknırcasına yeme bozukluğunun obezitenin bir alt grubu olup olmadığı, psikopatolojisinin obeziteden farklılaşıp farklılaşmadığı konusundaki sonuçlar net değildi. Bu on yıl içinde bu durum biraz daha netlik kazandı. Ancak biz bu çalışmayı yine de sürdürmek istedik, çünkü Türkiye için yeni ve önemli bir alan olduğunu düşünüyoruz. Obezite ülkemiz için de önemli bir sorun ve tıknırcasına yeme bozukluğuna ait fazla veri bulunmuyor. Obezite tedavisinin geliştirilmesi açısından bu alt grubun özelliklerinin belirlenmesinin önemli olduğunu düşünüyoruz. ¶

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi rengi: Otomatik

## EK 12

### ONAY FORMU

İ.Ü. Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümünde doktora tezini hazırlamakta olan Zeliha Babayiğit'in yürütmekte olduğu "Obez Kadınlarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Bilişsel Kurama Göre İncelenmesi" konulu araştırma projesi hakkında bilgilendirildim. Bu projenin amacının tıkınırcasına yeme davranışı gösteren kadınların psikolojik özelliklerinin bilişsel kurama göre belirlenmesi olduğu bana söylendi.

Eğer bu projeye katılmayı kabul edersem benden 9 tane soru formu doldurmam istenecek ve bu formları doldurmam yaklaşık 1 saat sürecek.

Araştırmaya katılmanın özgür irademe bağlı olduğunu ve soruları yanıtlarken kendimi rahatsız hissedersen herhangi bir ceza ya da zarara maruz kalmaksızın geri çekilebileceğimi biliyorum. Bu çalışmadan çıkacak sonuçların araştırmacı tarafından gizli tutulacağı hakkında bilgilendirildim.

KATILIMCININ İMZASI

TARİH

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın, Yazı tipi rengi: Otomatik

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi: Kalın, Yazı tipi rengi: Otomatik

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi rengi: Otomatik

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi rengi: Otomatik

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi rengi: Otomatik

**Biçimlendirilmiş:** Gövde Metni, Sola, Girinti: İlk satır: 0 nk, Satır aralığı: tek

**EK 13**

**ÖZGEÇMİŞ**

**ZELİHA BABAYİĞİT**

Evrensel Yapı Kooperatifi, V Blok, E Girişi

D: 11. Boğazköy-Bahçeşehir

0536 977 66 38

zbabayigit@kangurum.net

**Biçimlendirilmiş:** Yazı tipi:  
Kalın Değil

Doğum Tarihi: 11.6.1968

Medeni Durum: Evli, 2 çocuk sahibi

Unvan: Uzman Psikolog

Eğitim: İlkokul- Fatih Gazi İlkokulu, 1978

Ortaokul - Çapa Ortaokulu, 1982

Lise - Şehremini Lisesi, 1985

Üniversite - İ.Ü. Psikoloji Bölümü, 1989

Yüksek Lisans - İ.Ü. Tıp Fakültesi, Onkoloji Enstitüsü,

Psikososyal Onkoloji ve Eğitim, 1996

Doktora - İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji

Yabancı Dil: Cambridge Certificate of Proficiency (1993, Londra)

Bilgisayar: Orta derecede

Çalıştığı kurum: Kültür2000 Koleji, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik  
Bölümü

Mesleki Eğitimler: \* WISC-R Uygulama Eğitimi, 2005

\* İstanbul Aile ve Çift Terapileri Eğitimi, Karizma Psikiyatri  
Merkezi, 1996-1998

\* Introduction to Counselling, Birbeck College, Londra, 1992

\* Certificate of Counselling Skills, Londra, 1993

**Biçimlendirilmiş:** Gövde  
Metni, Sola, Girinti: Sol: 106,2  
nk, İlk satır: 0 nk, Satır  
aralığı: tek

İş Deneyimleri: \* Atlas Hospital - Psikolog, 1998

\* Marmara Tıp Merkezi - Psikolog, 2005

\* Altın Kitaplar Yayınevi - Çevirmen, 1995- devam ediyor

\* Kabalcı Yayınevi - Çevirmen, 1997- devam ediyor

\* HYB Yayıncılık - Çevirmen, 2007

Kongre ve Sempozyumlar: V. Ulusal Psikoloji Kongresi, İzmir, 1987

III. Ulusal Aile ve Evlilik Terapileri Kongresi, 2005.

IV. Ulusal Aile ve Evlilik Terapileri Kongresi, 2007.

1. Uluslararası Bilişsel ve Davranış Terapileri

Kongresi, 2007

MEF Okulları, Rehberlik Sempozyumu, 2007

← - - - **Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol:  
106,2 nk, İlk satır: 35,4 nk

← - - - **Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol:  
141,6 nk

← - - - **Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol:  
141,6 nk, İlk satır: 0,15 nk

Çalışmalar:

\* Kurum Ortamında Yetişen Çocuklarla Ev Ortamında Yetişen Çocukların Okul Başarısı, İstanbul, 1987, (İstanbul Üniversitesi Psikoloji Günlerinde Sunuldu.)

\* Oligofren Çocukların Annelerinin Psikolojik Durumu, İstanbul, 1988, (V. Ulusal Psikoloji Kongresinde sunuldu, İzmir, 1988.)

\* Onkoloji Alanında Çalışmanın Hekimlerin Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Üzerindeki Etkileri, İstanbul, 1996 (Yüksek Lisans Tezi).

← - - - **Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol:  
70,8 nk, Satır aralığı: 1.5 satır

← - - - **Biçimlendirilmiş:** Girinti: Sol:  
144 nk, Satır aralığı: 1.5 satır

← - - - **Biçimlendirilmiş:** Gövde Metni, Sola, Girinti: Sol: 0 nk, Asılı: 106,2 nk, Satır aralığı: tek

T.C.

İstanbul Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Obez Kadınlarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun  
Bilişsel Kurama Göre İncelenmesi

Zeliha Babayiğit

2502960063

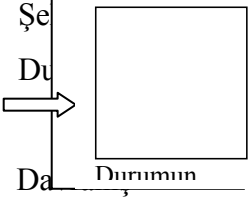
Tez Danışmanı

Prof. Dr. Güler Bahadır

İstanbul 2007

<b>Sayfa 1: [2] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>28.01.2008 19:19:00</b>
Sola, Girinti: İlk satır: 0 nk, Satır aralığı: tek		
<b>Sayfa 11: [3] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>27.01.2008 13:44:00</b>
Yazı tipi: İtalik		
<b>Sayfa 11: [4] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>27.01.2008 13:44:00</b>
Yazı tipi: İtalik, Yazı tipi rengi: Siyah		
<b>Sayfa 11: [5] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>27.01.2008 13:44:00</b>
Yazı tipi: İtalik, Yazı tipi rengi: Siyah		
<b>Sayfa 11: [6] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>10.12.2007 20:41:00</b>
Yazı tipi rengi: Siyah		
<b>Sayfa 11: [7] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>05.11.2007 23:20:00</b>
<i>Ya hep ya hiç tarzı düşünme: Olaylar siyah-beyaz, iyi-kötü şeklinde iki uçtadır.</i>		
<i>Örnek: "Bir parça çikolata yedim, bütün diyeti mahvettim."</i>		
<b>Sayfa 11: [8] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>10.12.2007 20:42:00</b>
Yazı tipi: İtalik, Yazı tipi rengi: Siyah		
<b>Sayfa 11: [9] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>10.12.2007 20:42:00</b>
Yazı tipi rengi: Siyah		
<b>Sayfa 11: [10] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>10.12.2007 20:42:00</b>
Yazı tipi: İtalik, Yazı tipi rengi: Siyah		
<b>Sayfa 11: [11] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>10.12.2007 20:42:00</b>
Yazı tipi rengi: Siyah		
<b>Sayfa 11: [12] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>05.11.2007 23:21:00</b>
Kanıt olmadan bazı sonuçlara ulaşma		

Diyette biraz zorluk yaşayan birisi, “Ben bu diyeti başaramayacağım galiba,” diye düşünmesi.

<b>Sayfa 44: [13] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>02.11.2007 18:48:00</b>
	İşlevsel olmayan (otomatik)	Duygular
	bilişler	

<b>Sayfa 55: [14] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>03.11.2007 16:40:00</b>
2.16. Tedavi Sonuçlarıyla İlgili Veriler		

Bilişsel açıklamayı destekleyen en güçlü kanıt, bu bozukluğun bilişsel-davranışçı terapisiyle ilgili çalışmalardan gelmektedir. 25'in üzerinde randomize-kontrollü çalışma bu açıklamaya dolaylı destek sağlamıştır (Wilson&Fairburn, 2002). Bu çalışmalar bulimiyanın bilişsel-davranışçı terapisinin vakaların yaklaşık % 40'ı için kalıcı ve etkili bir tedavi olduğunu göstermiştir. Ayrıca özgül olmayan etkileri kontrol eden karşılaştırma çalışmalarına üstündür (Wilson...) Bilişsel-davranışçı terapiyi 'parçalara ayıran' (örneğin, davranışçı terapiyle karşılaştıran) ve bilişsel işlemlerin eksikliğinin uzun vadeli sonucu büyük oranda etkilediğini gösteren (Fairburn ve ark, 1995) tedavi çalışmaları daha direkt destek vermektedir. Tedaviye yanıt veren hastalar arasında, arta kalan tutumsal bozukluk seviyesinin sonraki sonucu tahmin ettiği gösterilmiştir (Fairburn ve ark. 1993). İki büyük çalışmada kişilerarası terapinin bilişsel-davranışçı terapi kadar etkili olduğunu, ama değişimin ortaya çıkmasının daha uzun sürdüğünü dikkate almakta yarar var (Fairburn ve ark., 1995; Agras ve ark., 2000).

<b>Sayfa 59: [15] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 06:59:00</b>
Girinti: Sol: 36 nk, Asılı: 99 nk		
<b>Sayfa 59: [16] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>15.12.2007 12:14:00</b>
Girinti: İlk satır: 0 nk		
<b>Sayfa 59: [17] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>15.12.2007 12:14:00</b>
Girinti: İlk satır: 0 nk		
<b>Sayfa 59: [18] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 01:02:00</b>
Yazı tipi: Kalın Değil		
<b>Sayfa 59: [19] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 01:02:00</b>
Yazı tipi: Kalın Değil		
<b>Sayfa 59: [20] Değiştir</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>01.11.2007 07:29:00</b>

## Biçimlendirilmiş Madde İşaretleri ve Numaralandırma

<b>Sayfa 59: [21] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 01:02:00</b>
Yazı tipi: Kalın Değil		
<b>Sayfa 59: [22] Değİştir</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>01.11.2007 07:29:00</b>
Biçimlendirilmiş Madde İşaretleri ve Numaralandırma		
<b>Sayfa 59: [23] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:01:00</b>
, Johnson, Carr-Nangle, Engler		
<b>Sayfa 59: [24] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:01:00</b>
) - Binge eating and eating related cognitions and behavior in ethnically diverse obese women)		
<b>Sayfa 73: [25] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: Kalın Değil		
<b>Sayfa 73: [26] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk, Kalın Değil		
<b>Sayfa 73: [27] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:13:00</b>
Girinti: İlk satır: 35,4 nk		
<b>Sayfa 73: [28] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk, Kalın Değil		
<b>Sayfa 73: [29] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 01:02:00</b>
Satır aralığı: 1.5 satır		
<b>Sayfa 73: [30] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk		
<b>Sayfa 73: [31] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 01:02:00</b>
Satır aralığı: 1.5 satır		
<b>Sayfa 73: [32] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:13:00</b>
F=.369*		
<b>Sayfa 73: [33] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk		
<b>Sayfa 73: [34] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk, Kalın Değil		
<b>Sayfa 73: [35] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk		
<b>Sayfa 73: [36] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk, Kalın Değil		
<b>Sayfa 73: [37] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk		
<b>Sayfa 73: [38] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk		
<b>Sayfa 73: [39] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk		
<b>Sayfa 73: [40] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk, Kalın Değil		



<b>Sayfa 73: [41] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk		
<b>Sayfa 73: [42] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk		
<b>Sayfa 73: [43] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk, Kalın Değil		
<b>Sayfa 73: [44] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk		
<b>Sayfa 73: [45] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk		
<b>Sayfa 73: [46] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk, Kalın Değil		
<b>Sayfa 73: [47] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk		
<b>Sayfa 73: [48] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk		
<b>Sayfa 73: [49] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk		
<b>Sayfa 73: [50] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk		
<b>Sayfa 73: [51] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk		
<b>Sayfa 73: [52] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk		
<b>Sayfa 73: [53] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:11:00</b>
Yazı tipi: 10 nk		
<b>Sayfa 86: [54] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>15.12.2007 18:43:00</b>
Yazı tipi: Kalın Değil		
<b>Sayfa 86: [54] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>15.12.2007 18:43:00</b>
Yazı tipi: 11 nk		
<b>Sayfa 86: [55] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:22:00</b>
<b>Sayfa 86: [55] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:22:00</b>
<b>Sayfa 86: [56] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:22:00</b>
<b>Sayfa 86: [56] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:22:00</b>
<b>Sayfa 86: [57] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:22:00</b>
<b>Sayfa 86: [57] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:23:00</b>
<b>Sayfa 86: [57] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>04.11.2007 07:23:00</b>

<b>Sayfa 86: [58] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ő</b>	<b>04.11.2007 07:23:00</b>
<b>Sayfa 86: [58] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ő</b>	<b>04.11.2007 07:23:00</b>
<b>Sayfa 86: [58] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ő</b>	<b>04.11.2007 07:23:00</b>
<b>Sayfa 86: [59] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ő</b>	<b>04.11.2007 07:23:00</b>
<b>Sayfa 86: [59] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ő</b>	<b>04.11.2007 07:23:00</b>
<b>Sayfa 86: [59] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ő</b>	<b>04.11.2007 07:23:00</b>
<b>Sayfa 86: [59] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ő</b>	<b>04.11.2007 07:24:00</b>
<b>Sayfa 86: [60] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ő</b>	<b>04.11.2007 07:24:00</b>
<b>Sayfa 86: [60] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ő</b>	<b>04.11.2007 07:24:00</b>
<b>Sayfa 86: [61] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ő</b>	<b>04.11.2007 07:24:00</b>
<b>Sayfa 86: [61] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ő</b>	<b>04.11.2007 07:24:00</b>
<b>Sayfa 86: [61] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ő</b>	<b>04.11.2007 07:24:00</b>
<b>Sayfa 86: [62] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ő</b>	<b>04.11.2007 07:25:00</b>
<b>Sayfa 86: [62] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ő</b>	<b>04.11.2007 07:25:00</b>
<b>Sayfa 86: [62] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ő</b>	<b>04.11.2007 07:25:00</b>
<b>Sayfa 86: [62] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ő</b>	<b>04.11.2007 07:25:00</b>
<b>Sayfa 86: [63] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ő</b>	<b>04.11.2007 07:25:00</b>
<b>Sayfa 86: [63] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ő</b>	<b>04.11.2007 07:25:00</b>
<b>Sayfa 86: [63] Silinmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ő</b>	<b>04.11.2007 07:25:00</b>

Sayfa 86: [64] Silinmiş	ZELİHA A.Ş	04.11.2007 07:25:00
Sayfa 86: [64] Silinmiş	ZELİHA A.Ş	04.11.2007 07:26:00
(		
Sayfa 86: [65] Silinmiş	ZELİHA A.Ş	04.11.2007 07:26:00
Sayfa 86: [65] Silinmiş	ZELİHA A.Ş	04.11.2007 07:26:00
Sayfa 86: [66] Silinmiş	ZELİHA A.Ş	04.11.2007 07:27:00
Sayfa 86: [66] Silinmiş	ZELİHA A.Ş	04.11.2007 07:27:00
Sayfa 86: [67] Silinmiş	ZELİHA A.Ş	04.11.2007 07:27:00
Sayfa 86: [67] Silinmiş	ZELİHA A.Ş	04.11.2007 07:27:00
Sayfa 123: [68] Biçimlendirilmiş	ZELİHA A.Ş	14.12.2007 20:45:00
Yazı tipi: Kalın		
Sayfa 123: [69] Biçimlendirilmiş	ZELİHA A.Ş	14.12.2007 20:45:00
Yazı tipi: Kalın		
Sayfa 123: [70] Biçimlendirilmiş	ZELİHA A.Ş	04.11.2007 01:02:00
Yazı tipi: Kalın Değil		
Sayfa 123: [71] Biçimlendirilmiş	ZELİHA A.Ş	04.11.2007 01:02:00
Yazı tipi: Kalın Değil		
Sayfa 123: [72] Biçimlendirilmiş	ZELİHA A.Ş	14.12.2007 20:45:00
Girinti: Sol: 0 nk, İlk satır: 0 nk		
Sayfa 123: [73] Biçimlendirilmiş	ZELİHA A.Ş	04.11.2007 01:02:00
Yazı tipi: Kalın Değil		
Sayfa 123: [74] Biçimlendirilmiş	ZELİHA A.Ş	04.11.2007 01:02:00
Yazı tipi: Kalın Değil		
Sayfa 123: [75] Biçimlendirilmiş	ZELİHA A.Ş	14.12.2007 20:46:00
Yazı tipi: Kalın		
Sayfa 123: [76] Biçimlendirilmiş	ZELİHA A.Ş	14.12.2007 20:46:00
Yazı tipi: Kalın		
Sayfa 123: [77] Biçimlendirilmiş	ZELİHA A.Ş	14.12.2007 20:46:00
Yazı tipi: Kalın		
Sayfa 123: [78] Biçimlendirilmiş	ZELİHA A.Ş	14.12.2007 20:46:00
Girinti: İlk satır: 0 nk		
Sayfa 123: [79] Biçimlendirilmiş	ZELİHA A.Ş	04.11.2007 01:02:00
Yazı tipi: Kalın Değil		
Sayfa 155: [80] Biçimlendirilmiş	ZELİHA A.Ş	09.11.2007 17:23:00

Yazı tipi: 10 nk

<b>Sayfa 155: [81] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>09.11.2007 17:23:00</b>
---	-------------------	----------------------------

Yazı tipi: 10 nk

<b>Sayfa 155: [82] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>09.11.2007 17:23:00</b>
---	-------------------	----------------------------

Yazı tipi: 10 nk

<b>Sayfa 155: [83] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>09.11.2007 17:23:00</b>
---	-------------------	----------------------------

Yazı tipi: 10 nk

<b>Sayfa 155: [84] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>09.11.2007 17:23:00</b>
---	-------------------	----------------------------

Yazı tipi: 10 nk

<b>Sayfa 155: [85] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>09.11.2007 17:23:00</b>
---	-------------------	----------------------------

Yazı tipi: 10 nk

<b>Sayfa 155: [86] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>09.11.2007 17:23:00</b>
---	-------------------	----------------------------

Yazı tipi: 10 nk

<b>Sayfa 155: [87] Değiştir</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>09.11.2007 17:21:00</b>
---------------------------------	-------------------	----------------------------

Biçimlendirilmiş Madde İşaretleri ve Numaralandırma

<b>Sayfa 155: [88] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>09.11.2007 17:23:00</b>
---	-------------------	----------------------------

Yazı tipi: 10 nk

<b>Sayfa 155: [89] Biçimlendirilmiş</b>	<b>ZELİHA A.Ş</b>	<b>09.11.2007 17:22:00</b>
---	-------------------	----------------------------

Yazı tipi: 11 nk